

転入学願

平成 年 月 日

熊本県立大津高等学校長 様

_____高等学校_____制課程
_____科 第_____学年
フリガナ
生徒氏名_____

平成_____年_____月_____日生 性別____

保護者氏名_____ 印

貴校の全日制課程（ ）科第（ ）学年に転入学したいので願ひ出ます。

志願者の現住所		
保護者の現住所	志願者との関係	
志願の理由等 ※なるべく具体的に 記入すること		
連絡先、電話番号等		

※住民票記載事項証明書等、学区内への転居の事実を証明しうるものを添付すること。

(志願者本人については転入学許可後でもよい。)

※熊本県立高校以外からの志願者は、学力検査手数料2,200円を試験当日本校事務室に納付すること。