

転入学用

第 号
平成 年 月 日

聖光学院高等学校長 様

学校所在地

学 校 名

校 長 名

印

生徒の転入学について（照会）

下に記載されている生徒および保護者より貴校への転学を希望する旨の申し出がありました。相当学年への転学について審査いただきたく、関係書類を添えて照会します。

記

1. 所 属 （ 全日制・定時制・通信制 ） 課程 科 第 学年
2. 生徒氏名 (性別)
3. 住 所 〒
4. 電話番号
5. 生年月日 (昭和・平成) 年 月 日生
6. 出欠状況
出席すべき日数：(日) 欠席日数：(日)
7. 転学希望日 平成 年 月 日付
8. 転学の理由

以 上