

# 転学願

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

長崎県立西陵高等学校長 様

第\_\_\_\_学年\_\_\_\_組\_\_\_\_番

本人氏名（自署）\_\_\_\_\_

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 生

保護者氏名（自署）\_\_\_\_\_ 印

下記のとおり転学したいので、許可のうえ転学についてよろしくお取り計らいくださるよう、お願いいたします。

## 記

1. 理由

2. 転学を希望する学校

(1) 学校名 \_\_\_\_\_ 立 \_\_\_\_\_ 学校

\_\_\_\_\_ 課程 \_\_\_\_\_ 科

(2) 学年 第\_\_\_\_学年

(3) 所在地

電話番号

3. 転学希望年月日 令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日