

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