

令和 第 年 月 日

新潟県立西新発田高等学校長 様

学校名

校長名



生徒の転入学について（照会）

このことについて、貴校に転入学を希望する旨願い出がありましたので、相当年次に入学を許可くださるよう、照会いたします。

記

1 転入学希望者 ふりがな 氏 名 _____
生年月日 昭和・平成 年 月 日
(全・定・通) _____ 科 第 学年 (年次)

2 転入学希望理由（詳細に記入）

※の欄は記入しないこと。

