第　　号
平成　　年　　月　　日

新潟県立西新発田高等学校長　様

学校名

校長名　　印

生徒の転学について（照会）

このことについて、貴校に転学を希望する旨願い出がありましたので相当年次に転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　　氏名（ふりがな）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（男・女）

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。

※