

回 覧	理事長	校長		教頭	事務長		担任	係

令和 年 月 日

松陰高等学校長 様

学習センター

生徒番号

生徒氏名

保護者氏名

印

転 学 願

この度、下記の通り転学させて頂きたく、お願い致します。

記

1. 転学希望日

令和 年 月 日

2. 転学希望学校

学校名

課程

全日制・ 定時制・ 通信制 (○をつける)

学科

住所

〒

※ 転学希望校は、本校の住所をご記入ください。

TEL

()

3. 学費の納入状況

完納 ・ 未納

4. 転学希望理由

回 覧	理事長	校長		教頭	事務長		担任	係
	令和元年7月1日に「私立麻里布高等学校(通信制)」に転入学する場合							

令和 ○ 年 6 月 20 日

願出の日付は転学希望日より1週間前までの日付でお願いします

松陰高等学校長 様

学習センター	岩国学習センター
生徒番号	18100999
生徒氏名	松陰 太郎
保護者氏名	松陰 一郎 松陰印

転 学 願

この度、下記の通り転学させて頂きたく、お願い致します。

記

1. 転学希望日 令和 ○ 年 7 月 1 日

2. 転学希望学校

学校名	私立 麻里布高等学校
課程	全日制・定時制・ 通信制 (○をつける)
学科	普通科
住所	〒740-0018 山口県岩国市麻里布 4丁目2-301 ※ 転学希望校は、本校の住所をご記入ください。
TEL	0827 (22) 3909

必ず転学先本校の住所と電話番号を記載してください。サポート校などの住所等は記載しないでください。

3. 学費の納入状況 完納 ・ 未納

4. 転学希望理由
進路変更のため・経済的理由のため・学校のイメージが違ったから
単位が取れなかったから など理由を必ず書いてください
