

				受 付
校 長	教 頭	事 務 長	回 議	

令和 年 月 日

鹿児島県立開陽高等学校長 殿

通 信 制 普 通 科
衛生看護科

HR 番号 _____

学 籍 番 号 _____

本 人 氏 名 _____

保護者氏名 _____

転学(転籍)・退 学
休 学 ・復 学 願

次の理由により _____ したいので、許可くださるようお願いします。

1 理 由 _____

2 休学の期間 年 月 日から
年 月 日まで

3 転学・復学・退学希望年月日 _____ 年 月 日

4 転学先及び所在地
学校名（課程名） _____
所在地 _____

(担任副申) _____

担任氏名 _____

- 1 該当する事項を○で囲む。
- 2 転学（1． 3． 4） 休学（1． 2） 復学・退学（1． 3）のみ記入のこと。
- 3 病気の場合は医師の診断書を添えること。