

西暦 年 月 日

賢明学院高等学校長 様

学校所在地 〒
高等学校名
校 長 名 印

生徒の転学について（照会）

制課程 科
第 学年
名 前 (男・女)
西暦 年 月 日 生

上記の者は下記の理由により貴校に転学を希望しております。
ご選考の上、転入をご許可くださいますよう、照会いたします。

〔転学の理由〕

※貴校が希望される転出日（その翌日が本校の受入日）がございましたらご記入ください。

転出希望日 西暦 年 月 日

受験番号	※
------	---

（担任名 ）

（※印は本校にて記入します。）

（学校の電話番号 ）

※ご記入いただいた内容は、個人情報保護の趣旨に基づき、
賢明学院高等学校通信制課程の転編入学事務以外には利用いたしません。



賢明学院高等学校
通信制課程