

連携型中高一貫教育に係る副申書

令和 年 月 日

高等学校長 殿

中学校名

校長氏名

印

次の者について、貴校全日制の課程 科への入学が適当と認めます。

令和 年 3 月卒業見込み

氏名 性別 ()

平成 年 月 日生

注 意

- 宛先は志願先高等学校長とする。
- 用紙の大きさは、A4判とすること。