

# 入学願書

※

五所川原第一高等学校

年 月 日提出

通信制課程

◎ 願書は黒の万年筆、またはボールペンで書いてください。

	入学区分 <small>(いずれか○で囲む)</small>	普通科			※ <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 20px;"></span>
		新入学	転入学	編入学	
入学希望者	フリガナ				性別
	名前				男 ・ 女
	現住所	〒(    —    )			昭和            年    月    日生 平成 年4月1日現在 (満    歳)
学歴(本人が記入)	昭和・平成 年 月	校名 フリガナ	昭和・平成 年 月	校名 フリガナ	
		中学校(卒業・卒業見込)			
	昭和・平成 年 月	校名 フリガナ	昭和・平成 年 月	校名 フリガナ	
		高等学校(在学・中退)			
保護者	名前				(印)
	現住所	〒(    —    )			本人との 関係
	職業				様方 〔 自宅 〕 電話    —    — 携帯    —    — 〔 呼出 〕
	勤務先	電話    —    —			勤務先への連絡 可 ・ 不可

**記入上の注意**

- 1 本人の欄は本人が記入して下さい。
- 2 中学校卒業、それ以後の入学・転校・中退・卒業について、もれなく記入して下さい。
- 3 高等学校に入学したことがある者が新入学を希望する場合でも、在学中(休学中)も含めて入学から退学までの経過を正しく記入して下さい。
- 4 各種学校(洋裁学院、理・美容学校、准看護学校)、職業訓練所などの学歴があれば、右の欄に記入して下さい。

裏面へ

**証明写真貼付欄**

最近3カ月以内に撮った  
証明書用の顔写真(脱帽、  
背景の無い正面向きのもの)  
を貼ってください。  
(タテ4cm・ヨコ3cm)  
写真の裏に名前を記入  
してください。

〔 スナップ写真は不可  
必ず指定の大きさを守ること 〕

**入学の動機 (必ず本人が書いてください)**

通信制課程への入学を希望する理由を詳しく書いてください。

高等学校に入学したことのある人は、退学・休学などの理由も書いてください。

Blank writing area with horizontal dashed lines for text entry.

## 健康診断書

名前			性別	昭和 年 月 日生		
			男	平成		
			女			
現住所	(〒 ) 電話 — —		(自宅・勤務先・携帯)			
	様方					
身長	cm	視力	右	( )	左	( )
体重	kg	聴力	右		左	
結核性疾患 無 ・ 有 ( 現症 ・ 既往症 )						
その他の疾患及び異常			主な既往症			
総合所見						
医療機関名	平成 年 月 日					
住所	電話 — —					
診断医師名	印					

## 《医療機関へのお願い》

- ・記載内容について問い合わせすることもありますので、電話番号を必ず記入してください。
- ・すべての欄に記入してください。
- ・診断書は、病院名、診断医師名、及びその捺印のないものは無効となります。
- ・診断内容、その他記入事項を訂正する場合は診断医師の捺印（訂正印）が必要です。修正液、修正テープは使用しないでください。
- ・医師名とその住所等はゴム印でも結構です。

## 《出願者へ》

- ・医院、病院、診療所などの医療機関で診断を受け、この用紙に記入してもらってください。但し3か月以内に健康診断等を受けている場合には、そのコピーを代わりとして提出する事が出来ます。
- ・現在治療中の方は、治療を受けている医師の診断書も添えてください。（治療中の病院で健康診断を受診される場合は、治療中のことを記載してもらってください。）  
この場合、集団生活（スクーリングや学校の行事の参加など）をする上で、配慮をようすることがありましたら、その旨を総合所見として記入してもらってください。