

併 修 許 可 証

令和 年 月 日

石川県立金沢泉丘高等学校長 様

学 校 名

学校長氏名

印

本校定時制課程

(昼・夜) 間部 _____ 科 _____ 年・氏名 _____

が貴校において併修することを許可しますので、よろしくお願ひ致します。

併修生個人票

(4月13日現在)

ふりがな 氏 名	TEL
生年月日	平成 年 月 日生
卒業	令和 年 月 卒業予定
住 所	〒
	TEL
保護者氏名	
会 場	金沢本校 七尾サテライト校

※ 希望する会場 を○で囲んでください。