

校長	教頭	生徒指導	担任

令和 年 月 日

頭髪・身体等事由申請書

五所川原第一高等学校長 殿

学籍番号

氏名

保護者氏名

印

五所川原第一高校通信制に入学するにあたり、下記の理由により許可を申請致します。

・理由(保護者記載)

・許可申請期間 令和 年 月 日 ~ 卒業日まで

・申請部位(該当するところを○印で囲んで下さい)

(頭髪 顔 首 腕 手 足 身体 その他)

許可日 令和 年 月 日

頭髪・身体等許可証

学籍番号

氏名

・理由 ()の為、許可します。

・申請部位(頭髪 顔 首 腕 手 足 身体 その他)

・許可期間(令和 年 月 日 ~ 卒業日まで)

五所川原第一高等学校長 葛西 由起子 印