副校長	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　副校長　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（該当するところを〇印で囲んで下さい）

（　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　副校長　　芦野　佐由利　　印