前期・連携型選抜出願先変更願

令和　　年　　月　　日

福島県立　　　　　　　　高等学校長　様

志願者氏名　　　　　　　　　　　（本人自署）

保護者氏名　　　　　　　　　　　（保護者自署）

　下記のとおり出願先を変更したいので、承認くださるようお願いします。

記

１　はじめに出願した選抜の種類、志望、課程、学科及び受験番号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 選抜の種類 | 志　望 | 課　程 | 学　　　科 | 受験番号 |
| 選抜 |  |  | 科 | 番 |
| 一般選抜 | 第一志望 | 科 |
| 一般選抜 | 第二志望 | 科 |

２　変更を希望する選抜の種類、志望、課程及び学科

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 選抜の種類 | 志　望 | 課　程 | 学　　　科 |
| 選抜 |  |  | 科 |
| 一般選抜 | 第一志望 | 科 |
| 一般選抜 | 第二志望 | 科 |

　　　　　　　　　　　　　　　　印

（学校長公印）

（注）１　選抜の種類の欄には、記入が必要な場合、「特色」又は「連携型」と記入すること。

２　課程の欄には、「全日制」又は「定時制」と記入すること。