科 目 履 修 生 願 書

令和　　年　　月　　日

市立札幌大通高等学校長　様

出願者署名

保護者署名（※）

貴校に科目履修生として登録したいので、許可願います。

履修希望科目	希望科目	コース	希望科目	コース	合計科目数
					科目

出願者	ふりがな		性別	男　・　女
	氏　名			
	生年月日	S　・　H　　年　　月　　日		
	現住所	〒　　－		
	電話番号	自宅（　　）・携帯（　　）		
緊急時連絡先		（　　）出願者との関係（　　）		

保護者（※）	ふりがな		出願者との関係	
	氏　名			
	現住所	〒　　－		
	電話番号	自宅（　　）・携帯（　　）		

※　出願者が未成年の場合のみ記入