

志 願 取 消 届

茨城県立 高等学校長 殿

貴校 全日制 定時制 課程 () 科 への志願を取り消します。

令和 年 月 日

出身校長検印(職印)

出身校名 _____

受検番号 _____

志願者氏名 _____

保護者氏名(署名) _____

注1 課程については、該当するものを○で囲む。

2 () 内には、コース名等を記入する。

(A4判)