

令和 年 月 日

高崎健康福祉大学高崎高等学校長  
加藤陽彦様

## 入学辞退届

この度、貴校への入学を辞退することと致しますので、お届けします。

受験番号 \_\_\_\_\_

中学校名 \_\_\_\_\_

受験生氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

入学を辞退される場合は、本届けを記入の上、本校事務室までご持参ください。

切日時：令和6年3月11日（月）15:00