

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5年3月28日（火）15:00