

受 検 辞 退 届

令和 年 月 日

浜松開誠館高等学校
校長 高橋 千広 様

中学校名

校長名



貴校へ出願をした者のうち、下記の者の保護者より、受検を辞退したい旨、申し出がありましたので、お届けいたします。

記

	受検番号	氏 名	性別	辞 退 理 由	併 願 校 等
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

- (注) 1. 本用紙は、複写（コピー）して使用することができます。
2. 辞退者が出た場合、速やかにFAXで送信してください。また、原本は後日郵送してください。（FAX 053-455-1660 浜松開誠館高等学校）