

# 退 学 願

文星芸術大学附属高等学校長 上 野 敬 子 様

\_\_\_\_年\_\_\_\_組\_\_\_\_番

氏 名 \_\_\_\_\_

上記の者、 \_\_\_\_\_ により退学させたいので、許可下さいます  
ようお願いいたします。

年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印