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