

令和 年 月 日

## 志願情報変更願

古川学園高等学校長 殿

中学校名

校長名

印

下記志願者の情報の変更をお願いいたします。

志願者氏名	
-------	--

変更箇所に☑	変更前	変更後
<input type="checkbox"/> 入試区分		
<input type="checkbox"/> 試験名		
<input type="checkbox"/> 志願者氏名		
<input type="checkbox"/> 志願者フリガナ		
<input type="checkbox"/> 生年月日		
<input type="checkbox"/> 性別		
<input type="checkbox"/> 郵便番号		
<input type="checkbox"/> 住所		
<input type="checkbox"/> 電話番号		
<input type="checkbox"/> 出身学校名		
<input type="checkbox"/> 獎学生区分		
<input type="checkbox"/> 部活動名		
<input type="checkbox"/> 第2希望		
<input type="checkbox"/> 種別		
<input type="checkbox"/> 保護者氏名		
<input type="checkbox"/> 保護者フリガナ		
<input type="checkbox"/> 本人との続柄		
<input type="checkbox"/> 保護者郵便番号		
<input type="checkbox"/> 保護者住所		
<input type="checkbox"/> 保護者電話番号		