**島留学生申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な | | | |  | | | | | | | | 写真添付  (縦4cm、横3cm)  上半身、脱帽、正面向きのもので、最近３カ月  以内に撮影したもの | |
| 生 徒 氏 名 | | | |  | | | | | | | |
| 性別 | | | | 男　・　女 | | 生年  月日 | | 年　 月 　日生 | | | |
| 在　　　　籍  中学校 | | | |  | | | | | | | | | |
| 現住所 | | | | 〒 | | | | | | | | | |
| ふ り が な | | | |  | | | | | | | 続　柄 | |  |
| 保護者氏名 | | | |  | | | | | | |
| 保護者の  連　 絡　 先 | | | | 携帯電話：  メール：  勤務先：  勤務先住所： | | | | | | | | | |
| 家  族  構  成 | 続柄 | 氏　　　　　名 | | | | | 生年月日 | | | 職　業 | | | |
|  |  | | | | |  | | |  | | | |
|  |  | | | | |  | | |  | | | |
|  |  | | | | |  | | |  | | | |
|  |  | | | | |  | | |  | | | |
|  |  | | | | |  | | |  | | | |
|  |  | | | | |  | | |  | | | |
| 佐渡市内に  親戚等が  いる場合 | | | 氏　名 | |  | | | | | 続　柄 | |  | |
| 住　所 | | （電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 中学校での  部活動 | | | |  | | | | | | | | | |
| 持病・アレル  ギーの有無 | | | | 有　・無 | | 有の場合  病名・症状等 | | |  | | | | |
| 長所・短所 | | | | （長所） | | | | | | | | | |
| （短所） | | | | | | | | | |
| 島留学を希望する理由 |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 保護者の意見 |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 佐渡市長　様  下記の生徒を佐渡市島留学生として、新潟県立羽茂高等学校への入学を希望しますので、保護者の責任において申請します。  年　　月　　日  本人署名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者署名 | | | | | | | | | | | | | |