

志 願 取 消 届

令和 年 月 日

横浜市立 \_\_\_\_\_ 特別支援学校長

受検番号 \_\_\_\_\_

志願者署名 \_\_\_\_\_

保護者署名 \_\_\_\_\_

貴校への志願を取消します。

学 校 長 の 確 認	
上記のことを了承しました。	
令和 年 月 日	
学校名	<div>職印</div>
校長氏名	