

# 特技保持者扱い願い書

聖ウルスラ学院英智高等学校

校長 伊藤 宣子 殿

令和 年 月 日

( 本人氏名 ) \_\_\_\_\_ ( 男・女 )

( 保護者氏名 ) \_\_\_\_\_ 印

貴校入学後は、勉学と特技向上のための取り組みを

両立させるため、より一層努力することを約束します。