併修推薦書

令和　　　年　　　月　　　日

高知県立高知北高等学校長　様

学校名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　校長名

　　下記の者は貴校での併修を希望し、適する者であると認められますので推薦します。

　　　　　　　　　課程　　　　　　　　　　　　　　　　科

　　　　年次（学年）　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女

|  |  |
| --- | --- |
| 併　修　す　る　科　目 | 単位数 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

　　　　併修を希望する理由、及び単位修得状況等

|  |
| --- |
|  |

受講料は高知県立高等学校に入学した年度を

|  |
| --- |
| 高知県立高等学校入学年度 |
| 　　　　　　年度入学 |

もとに算定しますので、右に記入してください。

なお、高知県立高等学校に編入学した場合は

その年度を記入してください。