

様式Ⅱ

※受付日	※ID
2016年 月 日	

平成28年度 進学カグレードアップ推進事業 学校長推薦書

フリガナ						性別	写 真 (5cm × 4cm)
氏名						男 ・ 女	
現住所	〒 —						
生年月日	年	月	日	年齢	満	歳	国籍
TEL				FAX			
本人携帯番号							
PC mail				携帯mail			
在学学校名	公 ・ 私 立 高等学校				課程	第 学年	
保護者	氏名		続柄	年齢	勤務先		携帯番号

※1. 生徒及び保護者が必要事項を記入した後、学級担任が確認し学校長が責任を持って推薦して下さい。
 ※2. 個人情報については、今回の選考以外の目的には一切使用致しません。

進学希望大学及び学部名	第1希望	第2希望	第3希望
派遣希望地区			
英語能力（英検、TOEFL等）	英語試験名：		点/級
全国比較できる学力データ	受験模試等名	受験模試等名	
(例：ベネッセ作成のGTZや模試等の全国偏差値記入欄)			
持病 アレルギーなど	種類	程度	薬の必要性
	喘息	あり（通院あり・なし）・なし	病院の薬 ・ 市販の薬 ・ 必要なし
	心臓疾患	あり（通院あり・なし）・なし	病院の薬 ・ 市販の薬 ・ 必要なし
	花粉症	あり（通院あり・なし）・なし	病院の薬 ・ 市販の薬 ・ 必要なし
	アトピー	あり（通院あり・なし）・なし	病院の薬 ・ 市販の薬 ・ 必要なし
	ハウスダスト	あり（通院あり・なし）・なし	病院の薬 ・ 市販の薬 ・ 必要なし
	食物アレルギー	あり（通院あり・なし）・なし	病院の薬 ・ 市販の薬 ・ 必要なし
		食物の種類	
	動物アレルギー	あり（通院あり・なし）・なし	病院の薬 ・ 市販の薬 ・ 必要なし
		動物の種類	
(鬱・摂食等)	あり（通院あり・なし）・なし	病院の薬 ・ 市販の薬 ・ 必要なし	
その他	病名： 症状：		

私は、県外国公立大学等合格支援プログラム派遣生徒募集要項に記載された事前・事後学習会や県外派遣の本研修会等の全てに参加することを誓い、申し込みを行います。

平成28年 月 日 本人署名 _____

保護者署名 _____ 印

学級担任名 _____ 印

学校長名 _____ 印