**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。