

異装願

多治見西高等学校附属中学校長 様

年	組	生徒氏名
---	---	------

上記の者、下記の理由により異装させたいので許可願います

学校から指示を受けた時は、医師の診断書を添付して下さい

記

1	異装内容 派手なものにならぬよう ご配慮をお願いします	
2	異装の理由 損傷部位・診断から	
3	異装期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間

年 月 日

保護者氏名

印

生徒指導	担任