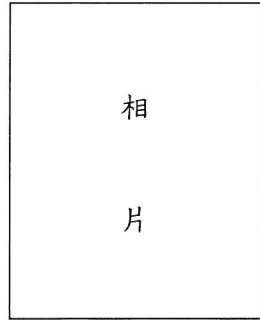


本校編號：_____

仁濟醫院第二中學

轉校申請表
(20 - 20)



姓名：_____ (中文) _____ (英文) 性別： 男 / 女

申請入讀年級：_____ 年齡：_____ 出生日期：_____ (日 / 月 / 年)

身份証號碼：_____ 電話：_____

家長／監護人姓名：_____ 職業：_____ 與學生關係：_____

地址：_____

肄業學校名稱：_____

轉校原因：_____

成績

年份	年級	學業成績			操行	評語	備註
		中文	英文	數學			

校方專用

註： 繳交表格時須附上最近三年之學業成績影印本，並須準備正本以供查核。