

令和 年 月 日

中井町教育委員会 殿

指定学校変更願書

保護者 住所

氏名

印

電話番号 ()

—

次のとおり就学したいので願います。なお、通学においては保護者の責任において、安全かつ適正にすることを誓約します。

児童生徒氏名		生年月日	平成 年 月 日
児童生徒住所	<input type="checkbox"/> 保護者と同じ <input type="checkbox"/> その他		
就学希望校及び学年	中井町立 学校 第 学年		
就学する期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで		
指定学校変更希望の理由	<input type="checkbox"/> 学期途中のため <input type="checkbox"/> 最終学年のため <input type="checkbox"/> 新築等のため		
	<input type="checkbox"/> その他		