

# 就学すべき学校指定変更申立書

令和 年 月 日

大井町教育委員会 様

保護者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

私の保護する次の者の就学すべき学校の指定を次のとおり変更して下さるよう申請をします。なお、通学につ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	ふりがな		性別	男・女
	氏名		年齢	歳
	生年月日	平成 年 月 日		
指定を受けた学校	大井町立 大井・相和・上大井 小学校			学年
変更を希望する学校	大井町立 大井・相和・上大井 小学校			学年
変更を希望する学校へ通学する期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
変更を希望する理由	<input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 家庭の事情 <input type="checkbox"/> 身体等の事情 <input type="checkbox"/> その他 ..... ..... ..... .....			
備考				