

平成 年 月 日

六戸町教育委員会 殿

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(日中の連絡先 TEL \_\_\_\_\_ )

### 学 校 指 定 変 更 願

下記のとおり、学校の指定変更をお願いいたします。

#### 記

|                                 |         |                         |     |     |
|---------------------------------|---------|-------------------------|-----|-----|
| 学<br>齡<br>児<br>童<br>・<br>生<br>徒 | 住 所     | 〒                       |     |     |
|                                 | 氏 名     |                         | 性 別 |     |
|                                 | 生 年 月 日 | 平成 年 月 日 生 ( 歳)         |     |     |
|                                 | 就学希望校   | 六戸町立                    | 学 校 | 学 年 |
|                                 | 就学希望期間  | 平成21年4月1日から平成22年3月31日まで |     |     |
|                                 | 本来の学校名  | 六戸町立 学校                 |     |     |
| 保<br>護<br>者                     | 氏 名     |                         | 続 柄 |     |
|                                 | 住 所     | 学齡児童生徒に同じ               |     |     |
| 〈学校指定変更理由〉 ※できるだけ詳しく記入してください    |         |                         |     |     |