

年 月 日

奥多摩町教育委員会 御中

住 所
保護者氏名

区 域 外 就 学 願

下記児童・生徒を奥多摩町教育委員会所管の小・中学校に通学させたいので、承諾して下さるようお願いします。

記

児 童 ・ 生 徒	フリガナ					性 別	男・女
	児童・生徒氏名						
	生 年 月 日	年 月 日生					
	就学希望校・学年	奥多摩町立 学校・第 学年					
	就学希望期間	年 月 日から 年 月 日まで					
	現 住 所 (住民登録地)						
	(新・旧) 住所						
	保 護 者 氏 名		保 護 者 との続柄		電 話		
(区域外就学の理由)							
なお、通学登下校における事故等の責任は、一切保護者が負い、承諾期間終了後は、規則に従い居住地の指定校に就学します。							
通 学 方 法	自宅 — — 学校		通学時間				
協議先教育委員会	名 称		送 付 年 月 日		備 考		
	教育委員会		年 月 日				