

様式第 1 号

伊仙町小規模校入学(転学)特別認可制度による入学(転学)申請書

令和 年 月 日

伊仙町教育委員会 殿

保護者氏名 _____ 印

私は、本制度の趣旨や目的を理解して、下記の者の伊仙町立 _____ 学校 第 _____ 学年
への入学(転学)を申請します。

申請にあたって、1年以上通学すること、保護者の責任において登下校させることを契約し
ます。

記

指定学校名	町立 _____ 学校	学年	第 _____ 学年
ふりがな		性別	
児童生徒氏名		生年月日	
希望する期間	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日～	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
保護者氏名		児童生徒 との関係	
現住所		電話番号	
緊急連絡先			
登下校の手段			
申請理由			

