通学区域変更承認願

年　　月　　日

　　南島原市教育委員会　様

（保護者）住所　南島原市　　　　　　　　　番地

氏名　　　　　　　　　　　　印（※）

　　　　　　　　　　　　　　　　（※）本人が手書き（署名）しない場合は、記名押印してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

（児童・生徒）氏名

学年　　　第　　学年

（　　　年　　月　　日生）

保護者との続柄　　（　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 指定学校 | 　南島原市立　　　　　　　　　学校 |
| 変更希望学校 | 　南島原市立　　　　　　　　　学校 |
| 期間 | 　　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| 願い出の理由 | 　 |

上記のとおり、通学区域の変更を承認くださるようお願いいたします。

　　なお、通学区域変更の理由が、次のいずれかに該当した場合は、直ちに教育委員会の指定する学校に転学させることを誓約いたします。

　　１　願い出の理由に虚偽があったことが判明した場合

　　２　願い出の理由が消失した場合

　　３　決定された期間が満了した場合

　　通学区域の変更を承認する。

年　　月　　日

南島原市教育委員会　　印