

薩摩川内市教育委員会 様

申込者氏名  
(保護者名)

小規模校入学特別認可制度入学・転入学申込書

私は特認校制度の趣旨を理解して、下記により、薩摩川内市立 小学校  
新 学年の入学・転学を申し込みます。

記

指定学校名	薩摩川内市立 学校	学 年	新 学年
現 住 所	〒 一 薩摩川内市 町		
ふりがな 児童氏名			
生年月日	年 月 日	性 別	男 ・ 女
保護者氏名		児童との 関 係	
連 絡 先	電話番号 ( )		
申 込 理 由			
通 学 方 法	1 徒歩 2 保護者送迎 3 路線バス 4 その他 ( )		
希 望 期 間	年 月 日～ 年 3 月 3 1 日まで ・ 卒業まで		
次の条件を承諾した上で申し込みます。 1 審査の結果、入学・転学が認められなかった場合は、異議は申し立てません。 2 入学・転学が認められた場合は、希望する学校での地域活動やPTA活動に参加・協力するとともに、居住している地域の子ども会活動や自治会活動へも参加・協力します。			