

〈様式6〉

令和 年 月 日

立 学校長 様

保護者名

印

松阪地区教育支援センター通室教室変更願

松阪地区教育支援センター（ ）教室から、（ ）教室へ、通室する教室を変更したいので、
よろしくお願いします。

なお、通室するにあたっては、教室の規則を守り、通室は保護者の責任で行います。

1 通室教室変更希望児童生徒	ふりがな 名 前	_____
	学年・組	_____ 年 _____ 組（担任名 _____）
	生年月日	平成／令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	住 所	_____
	電話番号	_____（ _____ ）

2 通室経路等 別紙〈様式5〉に記入（不要の場合あり）