〈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。

　　　　　　　　　　　　　　　　 ふりがな

１　通室教室変更希望児童生徒　 　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）