

保護者 住 所 _____
氏 名 _____
電 話 _____

次の児童生徒について、区域外の就学を希望するので、下記のとおり申請します。

(フリガナ) 児童生徒等 氏 名		就学を希望 する学校	日出町立	学校
			第	学年
生 年 月 日	年 月 日	登 録 住 所		
保 護 者 氏 名		居 所		
就 学 期 間	開 始	年	月	日
	終 了 予 定	年	月	日
事 由				
	※通学方法、通学に要する時間			