通学区域外通学（就学）許可申請書

年　　月　　日

　　　伊達市教育委員会

（保護者）住所

ふりがな

氏名　　　　　　　　　　印

電話番号

　　次のとおり通学区域外通学（就学）をしたいので申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふ　り　が　な  児童生徒氏名  　　　　　　　　　　　　　　男・女  （　　　　年　　月　　日生） | 学年  第　　学年 | 続柄  子 ・ その他（　　　） |
| 通学（就学）希望学校  伊達市立　　　　　　　　　　　　　　　学校 | | |
| 通学（就学）期間  年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | | |
| 申請の事由 | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |