年　　　月　　　日

　福岡県教育委員会教育長　殿

保護者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

転 学 （ 学 校 指 定 変 更 ） 願

　下記のとおり、転学（学校指定の変更）についてよろしくお願いします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な |  | 性別 |  |
| 児童生徒氏名 |  |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 現住所 | 〒 |
| 現在の学校名学部・学年 | 福岡県立　　　　　　　　　　　　特別支援学校（　　　　）学部　第（　　　　）学年 |
| 就学希望校 | 福岡県立　　　　　　　　　　　　特別支援学校 |
| 変更を希望する具体的な理由 |  |

　※この書類は、在学する県立特別支援学校長（入学前の方は、住所地の市町村教育委員会）に

提出してください。