（様式 24） 他の市町村へ住所を異動し、転校を希望する特別支援学校用

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 令和　年　月　日  　　教　　育　　長　　 殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○○○特別支援学校  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 校長  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （公印省略）  **児童生徒の転学について（通知）**  　　このことについて、下記のとおり通知します。  記 | | | |
|  | 児童生徒氏名 | （　性別　） |  |
| 生年月日（和暦） | 年 　　月　　 日 |
| 在　籍 | 宮崎県立　　　学校　　　学部　　　年 |
| 希望する学校名 |  |
| 転校後の住所 | 〒 |
| 理由 |  |
| 転学予定日 | 令　和　　　年　　　月　　　日 |
|  | | | |

（注）

⑴　転学予定日は、在籍校を転出する日を記入すること。

⑵　障がいの状態を示す資料を添付すること。

（障害者手帳（身体障害者手帳又は療育手帳）又は診断書の写し）