第９号様式（第８条関係）

視覚障害（聴覚障害、知的障害、肢体不自由、病弱）者等

区域外就学願書

年　　　月　　　日

神奈川県教育委員会教育長　様

　　　　　　　住　所

保護者

氏　名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童生徒等 | 氏　　　名 |  | 性　別 | 男 ・ 女 |
| 住　　　所 |  | | |
| 生 年 月 日 |  | | |
| 保護者との関係 |  | | |
| 現在までの  就学の状況 |  | | |
| 就学を希望する学校名 | | 神奈川県立秦野支援学校 | | |
| 部　　　・　　　学　年 | | 部　　　　　　　　学年 | | |
| 区域外就学を希望する理由 | | 神奈川リハビリテーション病院入院のため | | |

次のとおり就学させたいので出願します。