

年 月 日

大山崎町教育委員会教育長 様

体 験 入 学 願

申請者 ⑨

児童生徒との関係

下記のとおり大山崎町立学校への体験入学を申し込みます。

児童生徒氏名	生年月日	性 別	学 年
(ふりがな)	年 月 日		第 学年
(ふりがな)	年 月 日		第 学年
(ふりがな)	年 月 日		第 学年
保護者氏名 ※申請者と保護者が別の場合は記入			
現在の在籍学校名 及び (国名)	学校 (国名 :)		
帰国先住所	大山崎町字	小字	
帰国先電話番号			
体験入学希望校	大山崎町立	学校	
体験入学期間	年 月 日 ~	年 月 日	
体験入学を 希望される理由等	<input type="checkbox"/> 一時帰国		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

【承認条件】

1. 大山崎町教育委員会規則の諸規則及び町立学校の校則等を順守し、指示に従ってください。
2. 体験入学期間中は、保護者又は身元引受者が学校管理下及び登下校中の事件・事故等の責任を負うこととします。
3. 学校等の状況によっては受け入れ出来ない場合があります。
4. 体験入学前の準備（持ち物や費用等）については、直接学校と打ち合わせをしてください。
5. 結核高まん延国から一時帰国された方には、結核の検査をお願いする場合があります。
6. 文部科学省認可の在外教育施設（日本人学校等）に在学中の方で、年度内に健康診断を受診済の方は、結果の写しをご提出ください。