

学びの多様化学校の転入学等に係る教育相談希望届

下記のとおり、学びの多様化学校の転入学等に係る教育相談を希望いたします。

記

ふりがな		性別	
お子さんの氏名			
在籍校		学年	年
保護者氏名			
現住所			
電話番号			
メールアドレス			

以下について、同意いただける場合は□に☑をお入れください。

<input type="checkbox"/> 個人情報の取扱いについて (仮称)むつ市立学びの多様化学校の転入学の過程において、転入学の必要性、転入学後の指導内容及び適切な支援方策等について検討するため、むつ市教育委員会の関係課、むつ市教育支援センター、在籍学校及び転入学支援委員会に対して、児童生徒に関する情報を共有することを承諾します。
<input type="checkbox"/> 転入等の手続きについて 本希望届の提出のみによって、転入等が決定されるものではないことを理解します。
<input type="checkbox"/> 面談等について お子さんの学びの場についての面談先を以下のとおり希望します。(複数選択可) <input type="checkbox"/> 在籍学校 <input type="checkbox"/> むつ市教育支援センター <input type="checkbox"/> むつ市教育委員会学校教育課

※本届の提出先は、在籍学校、むつ市教育支援センター、むつ市教育委員会学校教育課のいずれでも差し支えありません。