

*灰色の部分は記入不要です。

20 年度

転入相談申込票

申込番号	面接番号

記載年月日	年 月 日	申込票受理日	月 日	担当者	
ふりがな			子どもとの関係		
申込者 (あなたの名前)			<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ()		
子ども	ふりがな	性別	生年月日		
	名前		西暦 20 年 月 日生 平成 年 (満 歳 カ月)		
連絡先	①自宅・勤務先・()の携帯電話	通じやすい時間帯	②自宅・勤務先・()の携帯電話	通じやすい時間帯	
		(午前・昼・午後・夕方・いつでも)		(午前・昼・午後・夕方・いつでも)	
現在	学校	立 小・中学校 年	担任氏名(可能な範囲で)		
	住所	〒 都・道・府・県 市・町・村 先生			
転居予定	学校	川崎市立 小・中学校 年			
	住所	〒 川崎市 区			
	予定日				
子どもの学校・家庭での様子					

以下、記入不要です。

初回面接日	月 日 () 午前・午後 時より	担当		子ども担当	