

隣接校選択申請書

年 月 日

生駒市教育委員会 殿

保護者（申請者）

住 所 生駒市

氏 名

電話番号 （ ） —

次のとおり、通学時の安全確保を考慮して隣接校を選択したいので申請します。

ふりがな 児童氏名	生年月日	入学年度
	平成 年 月 日生	平成・令和 年度入学（予定）
	平成 年 月 日生	平成・令和 年度入学（予定）
	平成 年 月 日生	平成・令和 年度入学（予定）
住民登録住所	生駒市	
就学指定校	生駒市立 小学校（通学距離 約 km）	
希望する隣接校	生駒市立 小学校（通学距離 約 km）	
備考欄	受付印	

※1 小学校卒業までの6年間、同じ学校に通学します。

※2 選択できる学校は、指定校より近く、徒歩で通学できる学校に限ります。

※3 通学距離は、自宅からの直線距離をご記入ください。