

入 所 希 望 施 設 変 更 届

令和 年 月 日

大分市福祉事務所長 殿

保護者氏名

〒 ー

住 所

連絡先 () ー ー

下記児童の入所申込希望施設の変更を次のとおり申し込みます。

変更後の希望施設名 ※第1から順に <u>全て</u> ご記入ください	第1希望		見学 ☐
	第2希望		見学 ☐
	第3希望		見学 ☐
	第4希望		見学 ☐
	第5希望		見学 ☐
	第6希望		見学 ☐
	第7希望		見学 ☐
	第8希望		見学 ☐
	第9希望		見学 ☐
	第10希望		見学 ☐
	※11ヶ所以上希望がある場合は、欄外に記入してください。		
変 更 希 望 月	令和 年 月 1 日 から		
入所を希望する 児童名・生年月日	ふりがな	男・女	H・R 年 月 日生 (歳)
	ふりがな	男・女	H・R 年 月 日生 (歳)
	ふりがな	男・女	H・R 年 月 日生 (歳)
ふりがな	男・女	H・R 年 月 日生 (歳)	
きょうだい別々の施設への 入所になっても 入所を希望しますか？	☐ はい	きょうだい一人だけの入所が 可能な場合でも 入所を希望しますか？	☐ はい

電 算