|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **連　　絡　　票** | | |
| 宛　 先　　　　　　　郡・市・町  小 中 学 校 長 会 長 | | 立　　　　　　学校  校　長　　　　　　　　様 |
| 日　　時　　令和４年　　月　　日（　　）  枚　　数　　Ａ４…１ 枚，Ｂ５…　 枚，Ｂ４…　 枚　　計 　　１　枚 | | |
| 連絡事項  令和４年度 入学時助成金給付生徒の推薦について | | |
| 下記の生徒を推薦いたします。   |  |  | | --- | --- | | **学　校　名** |  | | **生 徒 氏 名** |  | | **進　学　先** |  | | | |
|  | | |
| 報 告 者    　校　名    　氏　名 | (通信欄) | |

* 郵送あるいはFAX での送信時にお使いください。