ＦＡＸ送信票

送信先 茨城県教育研究会事務局

FAX ０２９－２６９－１３０４

県学力診断テスト　**申込数** 「**変更届」**

　　　　記入日 　　月　　日（　 ）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学　年 | 小4 | 小５ | 小６ | 中１ | 中２ |
| ★変更後の数 |  |  |  |  |  |
| 備　考 |  | | | | |

※「★変更後の数」は、変更のある学年のみ記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 学校名 |  |
| 記入者 |  |
| 学校Tel |  |

変更期間 11/4（火）～11/20（木）