

平成 年 月 日

長崎県小学生バレーボール連盟
会長 中村昭夫様

移 籍 承 認 願

下記の理由により移籍をさせたいので、承認をお願いします。

保護者名

印

1. 移籍を希望する (ふりがな)
児 童 氏 名

平成 年 月 日 生 男 ・ 女

2. 旧所属クラブ名

新所属クラブ名

クラブ (男・女)

クラブ (男・女)

3. 移籍を希望する
事 由
(○をつける)

- 1 保護者の転居による住居変更のため
- 2 所属クラブの解散のため
- 3 その他 (教育的配慮を要する理由)

4. 3で選択した上記
事由を詳細に記載

5. 旧所属クラブ
監督氏名及び
承認印

旧所属クラブ監督氏名

承認印

6. 新所属クラブ
監督氏名及び
承認印

新所属クラブ監督氏名

承認印

* 長崎県小学生バレーボール連盟 倫理委員会の審議結果

○ 承認 ○ 条件付き承認 (90日間公式試合出場停止) ○ 非承認

* 90日間公式試合出場停止期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

提出先 長崎県小学生バレーボール連盟 理事長宛て