令和　　年　　月　　日

岐阜県立東濃特別支援学校

校　長　　 　様

（学校名）

（校長名）　　　　　　　 　　印

児童生徒の支援登校について（依頼）

みだしのことについて、下記の児童生徒の支援登校を依頼したいのでよろしくお願いします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| （性別） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　男　・　女　） |
| 学年生年月日 | 　　　　　　　　　　学校　　　　　年　　　　　組　　平成　　　年　　　月　　　日生　　　　 |
| 現住所 | 〒　　　　　　　　　　　　TEL（　　　　　　　　　　　　　） |
| 児童生徒の様子 |  |
| 連絡担当者 |  |
| 支援登校開始日 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　）より当分の間 |
| 交通手段 | 保護者の送迎　・　バス　・　鉄道　・　その他（　　　　　） |
| その他 | * 連絡先

　　　　　　　学校　TEL（　　　　）　　－　　　　　　　　　　FAX（　　　　）　　－* 支援登校にかかわる詳細につきましては、連絡担当者間で

打ち合わせいたします。* 登下校時の安全・事故防止に配慮します。
* 本依頼書は市町教育委員会を経由して提出いたします。
 |