○○○○　― ○○○○

 令和　　年　　月　　日

県立日南くろしお支援学校長　殿

 ○○立　○○○学校

 校長　　○○　○○　印

体験学習申込書

　このことについて、下記の児童（または生徒）が貴校の体験学習を希望していますので、御指導いただきますようお願いします。

記

　１　日　　時　　　　　　　　　令和○年○月○日○曜日

午前・午後○○時○○分から午前・午後○○時○○分まで

　２　児童（生徒）名 ○○　○○　　　性別（　　　）

３　学　　年　　　　　　　　　○年生　　（知的障がい学級・自閉情緒学級・通常学級）

　４　担 任 名　　　　　　　　　○○　○○

　５　参 加 者　　　　　　　　　本人・保護者・学級担任　　計○名

６　体験の理由

７ 配慮すべき事項

８ その他

・日程や相談概要については、事前に電話にて調整・確認済みです。

　 ・体験学習の事故等については、保護者及び本校が責任をもって対応します。

○○立　○○○学校

担　当　○○　教務主任(例)　　○○　○○

電　話 ○○○○－○○－○○○○

ＦＡＸ ○○○○－○○－○○○○

担