

(様式1)

「適応指導教室」への通所願い【保護者用】

令和 年 月 日	
滑川市立 学校 校長 様 保護者名	
下記のとおり、滑川市教育センター適応指導教室に通所したいので、よろしくお願ひいたします。 なお、通所の方法については、保護者の責任の下に行います。	
学 校 名	滑川市立 学校
学年・組・担任名	年 組 (担任名)
(ふりがな) 児 童・生 徒 氏 名	
生 年 月 日	平成 年 月 日 生
住 所	〒
電 話 番 号	携帯の場合は、名前(ふりがな)
連絡先(電話番号)	
通 所 方 法	