

(様式 1)

【 保護者 → 学校 → 市教育センター 】

滑川市教育支援センター「あゆみ」への通所承認願い

令和 年 月 日

滑川市教育センター 所長 宛

保護者名_____

下記のとおり、滑川市教育支援センター「あゆみ」に通所したいので、承認くださいますよう
お願いいたします。
なお、通所については、保護者の責任の下に行います。

記

学 校 名	滑川市立学校
学 年 ・ 組	年 組
(ふ り が な)	()
児 童・生 徒 氏 名	
生 年 月 日	平成 令和 年 月 日生
住 所	〒
連絡先１(電話番号)	携帯電話の場合は、名前（ふりがな）
連絡先２(電話番号)	携帯電話の場合は、名前（ふりがな）
連絡先(メールアドレス)	
通 所 方 法	

上記のとおり、保護者から滑川市教育支援センター「あゆみ」への通所承認願いが出ておりますので、承認くださいますようお願いいたします。

滑川市立

学校

校長