（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 | 〒　 |
| 電　連絡先１(電話番号) | 携帯電話の場合は、名前（ふりがな） |
| 連連絡先２(電話番号) | 携帯電話の場合は、名前（ふりがな） |
| 連連絡先(メールアドレス) |  |
| 通　所　方　法 |  |

-　-　-　-　-　-　-　-　-＜以下学校記入欄＞-　-　-　-　-　-　-　-　-　-　-　-　-　-　-　-

　　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