平成　　年　　月　　日

高知県立高知江の口養護学校長　様

学校名

公印

校長名

体験入学について（依頼）

うえのことについて、下記のとおり申込みますのでご配慮いただきますよう

お願い申し上げます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 体験入学期間 | 平成　　年　　月　　日（　　）　～　　平成　　年　　月　　日（　　） |
| 学校名 |  | 学年 |  　　　年 |
| ふりがな児童生徒名 |  |
|  |
| 保護者氏名（続柄･連絡先） |  |
| 引　率　者 |  |
| 交通手段 | 公共交通機関(バス・電車・ＪＲ)　保護者車両送迎　徒歩　自転車その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 配慮事項 |  |
| 備考 | ・体験入学に関わる怪我等につきましては、本（校・所・園）における日本スポーツ振興センター災害補償等にて対応いたします。・体験入学に関わる個人情報を高知県教育委員会に提供することを承諾いたします。 |