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

学校見学について（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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 見学日時 | 平成　　年　　月　　日（　　）　　　　:　　　～　　　： | | |
| 幼保･学校名 |  | 学  年 | 年  （年少･年中･年長） |
| ふりがな  幼児児童生徒名 |  | | |
| （年齢　　歳） | | |
| 見学者氏名  （続柄） |  | | |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 見学理由 |  | | |
| 配慮事項 |  | | |
| 備考 | ・学校見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。  ・学校見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。 | | |