

令和 年 月 日

新宮町立新宮東小学校学校長 殿

事業者名  
代表者名  
担当者名  
住 所  
連 絡 先

### 訪問等依頼について

標記の件につきまして、以下のとおり承認願います。

#### 記

1 訪 問 目 的

2 対 象 児 童 名 新宮町立 新宮東小学校 年 組 ○○ ○○

3 希 望 日 令和 年 月 日 ( ) : ~ :

令和 年 月 日 ( ) : ~ :

令和 年 月 日 ( ) : ~ :

4 参観学級の希望 児童観察 (特支 or 交流級 or どちらも)

\*いずれかに0をつけてください。

5 参観後の情報共有の有無 有 or 無 \*いずれかに0をつけてください。

本文書を希望日の2週間前までにメールや FAX で学校に送付ください。調整をして、訪問の可否について後日連絡いたします。(ご提出いただいても、学校事情等で訪問を受け入れられないことがありますのであらかじめご了承ください。)

連絡先

〒811-0124

糟屋郡新宮町新宮東四丁目 8 番 1 号

新宮東小学校 教頭・特別支援 CD

TEL : 092-963-1777

FAX : 092-962-0466

Mail : shinghe@feel.ocn.ne.jp