

# 福祉事業所見学における希望届

静岡県立西部特別支援学校長 様

令和 年 月 日

児童生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

福祉事業所見学の目的や配慮事項を十分に理解し、福祉事業所見学を希望します。  
なお、福祉事業所見学におけるけがや事故等においては、保護者が責任をもって対処します。

## 記

### 1. 希望場所

	福祉事業所名	日時	実施の有無
1			
2			
3			
4			

※太枠の部分（日時・実施の有無）は、学校で記入をするため空欄のまま提出してください。

※日程が決まりましたら担任にお知らせください。