令和　　年　　月　　日

　静岡県立清水特別支援学校長　様

学校名

校長名

体験入学について（依頼）

下記のとおり、貴校への体験入学をお願いします

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 体験入学者 | 所属校 |  |
| ふりがな氏名 |  | 性　別 |
|  | 男　女 |
| 体験日あるいは体験期間 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　　） |
| 令和　　　年　　　月　　　日（　　　）から令和　　　年　　　月　　　日（　　　）まで |
| 備　考 | ※日本スポーツ振興センター等加入状況[番号に○を付けてください]１　日本スポーツ振興センターに加入している２　ＡＩＧに加入している３　その他の保険に加入している４　全く加入していない※当日、保護者の教育相談を（希望します　・希望しません）※当日の来校者（本人　父　母　担任　その他[　　]人：計　　人）※登下校については保護者が責任を持って行います。※来校方法（　自家用車　公共交通機関　自転車　徒歩　） |

※別紙体験入学個票添付