様式２－１　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　発　　　　　　　番

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　年（　　　　年）　　　月　　　日

 滋賀県教育委員会事務局特別支援教育課長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　校長　氏名 　 印

　　　　　　　　病 弱 教 育 巡 回 訪 問 指 導 教 員 派 遣 申 請 書

　保護者より別紙のとおり、巡回訪問指導の申込書が提出されました。訪問による指導を必要と認めますので、病弱教育巡回訪問指導教員の派遣を申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

（ふりがな）

１　児童生徒氏名

２　学校（電話）・学年・組

３　生年月日

４　学級担任氏名

５　派遣病院名（電話）

６　派遣病院への交通機関

７　病弱教育巡回訪問指導の申込書（写）　　　　　　　　　　　　　　　　　別　添

８　申請書についての市町教育委員会の承認

 　　　　　　　　　　　　　　　　承　認　平成　　年（　　　年）　　月　　日

 　市町教育委員会事務局

学校教育主管課長　氏名 公印

（公印がない場合は、公印がある職責者によるものとする）