

令和 年 月 日

病弱学級入級願

大垣市教育委員会 様

住 所 _____

保護者氏名 _____ 印 _____
(電話 _____)

保護者と児童・生徒との続柄 (:)
例 (父 : 長男)

下記の児童・生徒に病弱学級での指導を受けさせたいので、よろしくお願いいたします。

記

1 入級児童・生徒氏名 _____

2 生 年 月 日 平成・令和 年 月 日生

3 入 院 年 月 日 令和 年 月 日

4 入 級 希 望 年 月 日 令和 年 月 日

5 在 籍 学 校 ・ 学 年 _____ 立 _____ 学校 第 _____ 学年
(電話 _____)

医師の所見 病 名 _____
令和 年 月 日から 週間程度の入院治療を要する。

大垣市民病院 主治医 _____ 印 _____

このような申出がありました。
大垣市立南小学校・南中学校の病弱学級への入級を願います。

_____ 立 _____ 学校 校長 _____ 印 _____

入級日 令和 年 月 日より ※ 大垣市教育委員会にて記入