**学校分担金　送金通知書**

関東甲信越地区病弱虚弱教育研究連盟

理事長　　近藤　千香子　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（学校名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（校長名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（E-Mail）

次の通り送金しましたので、お知らせします。

１ 振込名義人

２ 振込年月日　　令和　　　年　　　月　　　日

３ 担当者（記入者）名

４ 送金内訳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 該当欄に○ | 区分 | 金 額 |
|  | 特別支援学校 | 10,000円 |
|  | 特別支援学校分校 |  5,000円 |
|  | 分教室・学園 | 3,000円 |
|  | 学級・院内学級 | 1,000円 |

※本紙に必要事項をご記入いただき、下記事務局宛にお送りください。

【関東甲信越地区病弱虚弱教育研究連盟　事務局】

　　　　　群馬県立赤城特別支援学校　小児医療センター校内

担当：松井秀典（事務局長）・川西裕香（会計）

　E-mail ： kanbyoren-akagi@edu-g.gsn.ed.jp

TEL　０２７９－６０－１０５１

 　　 FAX　０２７－２３７－１３２０