別紙様式１

文　書　番　号

　令和　年　月　日

学びのサポート実施願

　群馬県立赤城特別支援学校長　様

〇〇立〇〇学校

校長　　〇〇　〇〇

　入院治療に伴い、群馬県立赤城特別支援学校による「学びのサポート」の実施を希望したいので、申請いたします。

　学びのサポートの実施期間中は、学びのサポートの実施に係る留意事項等を遵守いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 在籍校名・学年 | 立　　学校　　第　　学年 |
| 児童生徒氏名 |  |
| 保護者氏名 |  |
| 自宅住所 |  |
| 緊急連絡先 |  |
| 学級担任氏名 |  |
| 病院名・入院科 |  　　　　　　　　　　　　　病院　　 　　　　　　　科 |
| 入院予定期間 | 令和　年　月　日　～　令和　年　月　日 |
| 主治医氏名 |  |