別紙様式３

文　書　番　号

令和　年　月　日

学びのサポート終了願

　群馬県立赤城特別支援学校長　様

〇〇立〇〇〇〇学校

校長　〇〇　〇〇

　退院に伴い、群馬県立赤城特別支援学校による「学びのサポート」の終了を希望します。

|  |  |
| --- | --- |
| 児童生徒氏名 | 　 |
| 終了希望日 | 　令和　年　月　日 |