

令和 年 月 日

福島県立会津支援学校長 様
(竹田校)

児童生徒氏名_____

保護者氏名_____

学習支援希望書

竹田総合病院入院期間中に主治医の許可の下、学習支援を受けることを希望します。

記

1 在籍校 _____

2 学年・組 _____

3 生年月日 _____

4 診断名 _____

5 主治医 _____科 _____医師