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

　竹田綜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