令和　　年　　月　　日

（施設・療育）見学依頼書

学校法人岩口学園
児童発達支援センターげんき
センター長　様

機 関 名：
所 在 地：
電話番号：
代表者職：
氏名：

貴センターの見学について、下記のとおり依頼します。

記

見学年月日：　平成　　年　　月　　日（　　曜日）
時　　分　～　　時　　分

見　学　者：　職・氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※多人数の場合は、名簿等の添付でも構いません。

機関の種類：　療育機関　　教育機関　　医療機関　　福祉機関・団体

公共団体　　保護者　　その他（　　）

対象児氏名：（療育見学の場合）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿