

令和 年 月 日

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 :

代表者職・氏名 :
(自署又は記名印)

所 在 地 :

電 話 番 号 :

種別 : 認定こども園 幼稚園 保育所 学校
療育機関 医療機関 福祉機関 公共団体
保護者 その他()

〔 施設 ・ 療育 〕 見学依頼書

貴センターの見学について、下記のとおり依頼します。

記

1 見学年月日 : 令和 年 月 日 (曜日)
時 分 ~ 時 分

2 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。

3 対象児氏名 : _____
(療育見学の場合) _____

※ 療育見学に際しては、個人情報保護の遵守にご留意いただきますようお願いします。