令和　年　月　日

音更町立音更小学校長　様

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（署名又は記名押印）

校内教育支援センターひだまり入級願

校内教育支援センターひだまりへの入級を申請します。

記

1　児童氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2　学　　級　＿＿＿＿年＿＿＿＿組

3　生年月日　＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日生（＿＿＿＿歳）

4　住　　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

5　電話番号　（＿＿＿＿）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿