令和　年　月　日

秋田県立秋田きらり支援学校長　様

学校名

校長名

センター的機能による職員の派遣について（依頼）

　このことについて、次のとおり職員を派遣してくださるようお願いします。

１　対象児童生徒名　　年　組　　　　　　　　　（担任：　　　　　　）

２　期間　令和　年　月　日（　）～令和　年　月　日（ ）

３　場所　　　　　　　病院

４　支援内容等　　＊希望する内容について、簡単にご記入してください。

　（１）プリントやワーク等の取組へのサポート

　（２）遠隔授業の機器設定

　（３）復学支援

担当

　　市立　　小学校

職名：

TEL：

FAX：

E-mail：