令和　　　年　　　月　　　日

高等学校

　校　長　　　　　　　　　 様

通　室　願

教育支援センター「やすらぎ小松」教室への通室を希望しますので、

よろしくお願い致します。

＜ 通室希望者 ＞

　　　　年　　　組　　　番

氏　　　名

保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印