令和　　　年　　　月　　　日

石川県立教育支援センター

「やすらぎ小松」教室

　　室　長　橋場　　　孝 様

石川県立　　　　　　　　　高等学校

校　　長

通　室　願

下記の生徒が、教育支援センター「やすらぎ小松」教室への通室を希望しておりますので、承認をお願い致します。

＜ 通室希望者 ＞

　　学 校 名 石川県立　　　　　　　　　　　　　高等学校

　　学 年・組 年　　　　　組　　　　　番

氏　 名

保護者氏名