第　号

令和　　年　　月　　日

市町村教育委員会　様

視覚障害者等通知

学校長　印

　視覚障害者等は、以下のとおりです。

記

１　視覚障害者、聴覚障害者、知的障害者、肢体不自由者及び病弱者の別

　　肢体不自由者

２　氏名

　　○○　○○（男　女）

３　生年月日

　　平成　　年　　月　　日

４　保護者住所

　　〒

　　△△市○○１２３４

５　保護者氏名

　　○○　※※

６　転学予定学校名

　　長野県花田養護学校

７　施設入所（予定）・在宅の別

　　施設入所予定

施設名：信濃医療福祉センター