


市町村教育委員会 様

視覚障害者等通知

学校長 

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
〇〇 〇〇 (男 女)
- 3 生年月日
平成 年 月 日
- 4 保護者住所
〒
△△市〇〇1 2 3 4
- 5 保護者氏名
〇〇 ※※
- 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