

〈学級担任へ〉

学 校 長 様

年 組 番

氏名

体 育 実 技 長 期 見 学 願 い

- 1 病名
- 2 主治医の指示、見学期間

上記理由により、体育の授業を見学させていただきます。

平成 年 月 日

保護者氏名

印