加西市障害児タイムケア事業(休所・退所)届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　加　西　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　申込者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　(保護者)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　加西市障害児タイムケア事業を(休所・退所)したいので、下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利　用　者 | 学校名  及　び  学　年 | 特別支援学校（小学・中学・高等）　　　　年生 | | | |
| 住　所 |  | | | |
| 氏　名 |  | | | |
| 性　別 | 男・女 | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| (休所・退所)の  理　　　　由 | | |  | | |
| 休所・退所年月日 | | | 年　　月　　日 | | |
| そ　　の　　他 | | |  | | |