

(様式病院2)

年 月 日

_____学校長 様

_____地域本部長

病院訪問学習支援ボランティア派遣決定通知書

先に申請のありましたこのことについて、下記のとおり派遣しますのでお知らせします。

記

派遣者	氏 名	
	住 所	
	電 話	
対象児童生徒	学 校 名	
	ふりがな 児童生徒氏名	(男・女)
	学 年・組	
派遣先	病 院 名	
支援開始 予定日	年 月 日 ~	