

けやき教室通所承認書

年 月 日

様

学校名

校長名

印

下記の者について、「仙南けやき教室」へ通所することを承認します。

児童 生徒氏名		性別	男・女	学年・組	年 組
		生年月日	年 月 日生		
住所	〒				
連絡先	TEL ()				
備考					
担任氏名					