

令和 年 月 日

久留米市幼児教育研究所 所長殿

依頼者

園 名 _____

園 長 _____

電話番号 _____

幼児教育研究所事業参観依頼書

目 的	
参 観 期 日 時 刻	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
対 象 児 童 氏 名	
参 観 者 氏 名	
参 観 の 対 象	訓練事業 (訓練) 療育事業 (学級)
質 問 ※ある場合のみご記入ください。ご質問に対する時間は限りがありますので、予めご了承ください。	
保 護 者 同 意 の 有 無 (質問内容も含めて)	有 ・ 無

※ 参観依頼の提出は、14日前までに郵送または持参にてお願いします。