**様式-１**

県立阪神特別支援学校　様

　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名：

住　所　：

ＴＥＬ　：

ＦＡＸ　：

**利用者届**

|  |  |
| --- | --- |
| 送迎時間 |  |
| 送迎車両連絡先 |  |
|  | 学部 | 学年 | 利用者名 |  | 学部 | 学年 | 利用者名 |
| １ |  |  | 　　　　　　　　　 | ８ |  |  | 　　　　　　　　　 |
| ２ |  |  |  | ９ |  |  |  |
| ３ |  |  |  | 10 |  |  |  |
| ４ |  |  |  | 11 |  |  |  |
| ５ |  |  |  | 12 |  |  |  |
| ６ |  |  |  | 13 |  |  |  |
| ７ |  |  |  | 14 |  |  |  |

**利用日　　 　月　 　 　日 （　 　）**

　　　　　　　　　　　　＊　利用者数によって欄を調整してください。

○　上表の書式で利用者リストを作成してください。

○　送迎に来られた時に、**事務室前のＢＯＸへ投入**。または、**ＦＡＸで前日16時まで**にご連絡ください。