**様式-２**

県立阪神特別支援学校　様

　　　　　　　　　　　　　　　 事業所名

住　所

ＴＥＬ

ＦＡＸ

**利用者変更届**

**利用日　　 　月　 　　日 （ 　　）**

|  |  |
| --- | --- |
| 送迎時間 | **：** |
| 送迎車両連絡先 |  |
|  | 学部 | 学年 | 利用者名 | どちらかに○を記入 |
| １ |  |  |  | （　キャンセル　・　追加　） |
| ２ |  |  |  | （　キャンセル　・　追加　） |
| ３ |  |  |  | （　キャンセル　・　追加　） |
| ４ |  |  |  | （　キャンセル　・　追加　） |
| ５ |  |  |  | （　キャンセル　・　追加　） |

＊　利用者数によって欄を調整してください。

○　上表の書式で変更者リストを作成してください。

○　**当日の８時１０分まで**に本校にＦＡＸでお知らせください。

それ以降の変更があれば随時ご連絡ください。

キャンセルが発生の場合、

ＦＡＸでご連絡ください。