（様式　ホ）

**特別支援学級退級願**

令和　　　年　　　月　　　日

いわき市教育委員会教育長

保護者氏名（自署）

いわき市立（　　　　　　　　　　）学校

特別支援学級（　　　　　　　　　　）を退級させたいのでお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 生　年　月　日 | 平成　　　　　年　　　　月　　　日生 |
| 現住所 | いわき市  電話 |
| 備考 |  |