令和　　年　　月　　日

県立川越特別支援学校長　様

スクールバス停変更願い

下記のとおり、スクールバス停を変更し通学したいのでお届けします。

記

部＿＿＿学年＿＿＿組　　氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

１、スクールバス停変更内容

変更前　　登校（　　便）　『　　停』

下校（　　便）　『　　停』

変更後　　登校（　　便）　『　　停』

下校（　　便）　『　　停』

２、バス停変更開始日　　令和　　年　　月　　日

３、変更理由（変更理由など、詳しくご記入ください。）

（　　）