

平成28年10月17日

保護者様

千早赤阪村立千早小吹台小学校
校長 當麻 裕彦

色覚の検査について（前回配布のプリントの訂正）

秋涼爽快の候、保護者の皆様方には、益々ご健勝のこととお喜び申し上げます。
さて、学校保健安全法の改正により実施することになりました、希望者を対象にした色覚検査につきまして、10月12日付でプリントを配布いたしました。説明文の一部に誤りがありましたので下記の通りお詫びして訂正いたします。

記

10月12日付プリントの最後の2行

【誤】 以上をご理解いただき、希望される場合は申込書にご記入の上、10月19日（水）までにお子様一人ひとりごとに学級担任へご提出ください。



【正】 以上をご理解いただき、今年度は、全児童につきまして希望の有無を確認させていただきます。以下の調査票にご記入の上、10月19日（水）までに学級担任へご提出ください。

※今回は、ご希望の有無にかかわらず、確認のため全員の調査票を回収いたします。
もし、用紙がお手元にない場合は、下の調査票をお使い下さい。

.....きりとり.....

本日までに、既にご提出いただいている場合は、こちらは不要です。

色覚検査調査票

平成28年10月 日

千早赤阪村立千早小吹台小学校長 様

いずれかに○印をつけてください。
() 色覚の検査を希望します
() 希望しません

_____年 児童名 _____

保護者名 _____