令和　　年　　月　　日

和歌山県立はまゆう支援学校

校　長　小 原　美 佐 香　様

　　　　　　　　　　　　　印

教育相談に係る職員の派遣について

　このことについて、下記のとおり貴校職員の派遣をお願いします。

記

１　実施希望日時

　　　　令和　年　　月　　日（　曜日）　　時　　分　～　　時　　分

２　実　施　場　所

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |

３　派遣職員名

　　　教諭

４　実　施　内　容