

(公 印 省 略)
令和 年 月 日

群馬県立高崎高等特別支援学校長 宛

学校名
校 長 印

高等学校特別支援教育のサポート事業に係る職員派遣について（依頼）

このことについて、下記のとおり貴下職員 の派遣についてご配慮いただき
たくお願いいたします。

記

1 日 時 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分

2 場 所

(住所 TEL)

3 内 容

4 その他