（　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