令和　　年　　月　　日

秋田県立秋田きらり支援学校長　様

学校名

校長名

センター的機能による職員の派遣について（依頼）

このことについて、次のとおり職員を派遣してくださるようお願いいたします。

１　日時　　平成　　年　　月　　日（　　）

　　　　　　　時　　分　～　　　時　　分

２　場所

３　支援内容等

　（１）

　（２）

　（３）

担　当

○○市立

職名

ＴＥＬ：

ＦＡＸ：

E-mail：