**様式２**

令和　　年　　月　　日

○○○○学校長　様

事業所名

代表者名

（公印省略）

長崎県公立学校教職員研修　社会体験研修の実施について（回答）

このことについて、下記のとおり承諾いたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 担　当　者 |  | | |
| 電話番号 | （　　　　）　　　　― | | |
| 該 当 者 | 職　名 | 氏　　　　名 | 研　修　の　期　日 |
|  |  | 月　　日　（　　）  月　　日　（　　）  月　　日　（　　） |
| 従事職種及び  業務内容 |  | | |