

平成 年 月 日

静岡県立沼津視覚特別支援学校長 様

施設名または団体名及び代表者名

講師の派遣について（依頼）

下記について、貴校職員を派遣し御指導くださいますよう御願ひ申し上げます。

記

1 派遣依頼日時

平成 年 月 日（ ） : ~ :

2 目的や内容

3 場所（住所等）

4 連絡先（担当係名、電話番号や FAX 番号、連絡ができること）