

様式1

臨床心理士出張相談派遣申込書

令和 年 月 日

宮崎県教育庁財務福利課長  
公立学校共済組合宮崎支部事務長 殿

所属所名  
所属所長名  
電話番号  
担当者職・氏名

下記のとおり、臨床心理士等の派遣を希望します。

記

1 日 時

記入例	令和 元年 6月 9日 (金) 曜日 午前・ <u>午後</u> 1時00分 から 午前・ <u>午後</u> 5時00分まで
第1希望	令和 年 月 日 ( ) 曜日 午前・午後 時 分 から 午前・午後 時 分まで
第2希望	令和 年 月 日 ( ) 曜日 午前・午後 時 分 から 午前・午後 時 分まで
第3希望	令和 年 月 日 ( ) 曜日 午前・午後 時 分 から 午前・午後 時 分まで

【申込みについての注意事項】

- ※ 申請前に、財務福利課に派遣内容について御相談をお願いします。
- ※ 臨床心理士等の都合等により、御希望に添えない場合があります。予め御了承ください。
- ※ 相談時間は、原則として4時間で設定してください。
- ※ 希望日程は、原則として1か月先の希望を記入してください。

2 派遣を希望する理由

3 相談場所として設定できる場所

相談室 ( ) 棟 ( ) 階 ( ) 室  
控え室 ( ) 棟 ( ) 階 ( ) 室

【送付先】

宮崎県教育庁財務福利課 福利厚生担当  
住所：880-8502 宮崎市橘通東1丁目9-10  
TEL：0985-26-7242  
FAX：0985-25-7137