

様式1

臨床心理士出張相談派遣申込書

平成 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

印

下記のとおり、臨床心理士の派遣を希望します。

記

1 日 時

記入例	平成29年 6月 9日(金)曜日 午前・午後 1時00分 から 午前・午後 5時00分まで
第1希望	平成 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	平成 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	平成 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。
- ※ 相談員の都合等により、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