

(様式3)

体 験 学 習 願

令和 年 月 日

(あて先)

埼玉県立 図書館長

学校名

所属長(学校長)名

所在地 〒

電話番号

FAX 番号

下記のとおり、貴館において体験学習を希望しますので、本校生徒の受入について、ご承認くださるようお願いいたします。

記

1 日 時：令和 年 月 日 ( ) ~ 月 日 ( ) まで

2 氏 名： ( 年 組) ( 年 組)  
( 年 組) ( 年 組)  
( 年 組) ( 年 組)  
( 年 組) ( 年 組)

3 担当教員名：

4 その他

(1) 実施時間・学習内容については、貴館の指示に従います。

(2) 生徒の怪我や物損事故については、学校健康センター及び損害保険で対応します。