（別紙様式４）

巡回相談実施申請書

巡回相談実施希望期日	年　　月　　日（　）
〃　　時間	午前・午後　　時　　分　～　午前・午後　　時　　分
巡回相談担当者所属	
〃　担当者氏名	
巡　回　相　談　内　容	

上記のとおり，巡回相談を実施しますので，よろしくお願いします。

年　　月　　日

鹿児島市教育委員会教育長　殿

鹿児島市立　　学校(園)長　　印

上記のとおり，巡回相談員の派遣を申請しますので，よろしくお願いします。
なお，旅費については別途支給いたします。

年　　月　　日

鹿児島県立桜丘養護学校長　殿

鹿児島市教育委員会教育長　　印

承　認　印	上記のとおり，巡回相談員の派遣について承認します。 年　　月　　日 鹿児島県立桜丘養護学校長　　有馬　一郎　　印