様式第２号－２

　　年　　月　　日

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会長　殿

同　意　書

生徒氏名

上記の者が職場体験事業に参加することに同意します。

　職場体験が終了し、「終了報告書兼アンケート」を提出した後に、体験１日あたり５００円相当分のクオカードが体験者に支給されることを承諾します。

保護者氏名　　　　　　　　　 　印

住所

〒

緊急連絡先（保護者携帯番号等）

TEL

＊同意書に記入いただく住所は、郵便物が確実に届くよう、アパート・マンション名、部屋番号も省略せずにご記入ください。