

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。