

別紙 様式1

I C Tを活用した学習支援事業（高等学校）負担金の受領に係る同意書

令和 年 月 日

千葉県立国府台高等学校長 様

提出者（保護者）

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

I C Tを活用した学習支援事業（高等学校）負担金については、千葉県立国府台高等学校の学年会計に繰り入れることについて同意します。

対象生徒

在籍校所属	年 組 番
氏 名	