

学 科 名	
受検番号	

「インターンシップ・ボランティア等 体験活動賠償責任保険」加入同意書

(あて先)

埼玉県立特別支援学校さいたま桜高等学園校長

在学中は、財団法人 産業教育振興中央会の「インターンシップ・ボランティア等体験活動賠償責任保険」の加入に同意し、保護者負担掛金を支払います。

平成 年 月 日

_____科 第1学年_____組

生徒氏名_____

保護者氏名_____ ㊟

提出日： 平成30年4月10日

提出先： 学級担任（就労支援室保管）