様式第９

講習会受講誓約書

西暦　　　　　年　　月　　日

大阪府知事　様

施設名

施設長

講習会への受講にあたり、講習会修了後基礎教育に従事する者として、下記の受講生を推薦いたします。

なお、受講生が病気や退職、その他、やむ得ない事由により受講中止しようとする場合は、速やかに講習会運営責任者に報告するとともに、受講中止願を提出の上、大阪府知事の許可を得ることを誓約します。

記

氏　　名

生年月日 西暦　　　　　年　　　月　　　日 生

住　　所

以上