

県立特別支援学校 BYOD 利用申請書

群馬県立盲学校長 様

下記の個人所有端末を学校で利用したいので BYOD 利用申請書を提出します。
 なお、利用にあたっては、「BYOD 利用上の注意（児童生徒所有端末について）」を遵守します。

記

利用者署名 (児童生徒) ※代筆可		【小学部・中学部・普通科・専攻科】 学 年 _____ 組 (科) _____ 氏 名 _____	
保護者署名 ※成人省略可			
個人 所有 端 末	メーカー		
	型番		
	製造番号 (シリアルナンバー)		
	OS いずれかに○を	Windows(Windows10以降) ChromeOS	Mac(MacOS10.13以上) iPadOS
	セキュリティ 対策の有無 いずれかに○を	有	無