

2019年__月__日

F A X 送信票

県立下妻特別支援学校地域啓発担当

河村 誉江 行

FAX 番号 : 0296-43-9174

枚数 : 枚

第1回 (6/8) 障害児支援ボランティア講座 参加申込書

ふりがな 氏名	ご年齢 () (男・女)	所 属	(学校・勤務先・団体など)
連絡先 住 所	〒	電 話	

ふりがな 氏名	ご年齢 () (男・女)	所 属	(学校・勤務先・団体など)
連絡先 住 所	〒	電 話	

ふりがな 氏名	ご年齢 () (男・女)	所 属	(学校・勤務先・団体など)
連絡先 住 所	〒	電 話	

※ご年齢・住所・連絡先は、保険加入手続きに必要になります。

※参加申し込みの締め切りは、5月17日(金)です。Faxまたは電話でお申し込みください。

※事務連絡をスムーズに行うため、確実に連絡が取れる連絡先を記入してください。

※上記の個人情報については、講座のお知らせや連絡、保険加入手続きにのみ使用します。

問い合わせ先

茨城県立下妻特別支援学校 渉外部 地域啓発担当 河村 誉江

茨城県下妻市半谷492-4

電話番号 0296-44-1800 FAX番号 0296-43-9174

2019年__月__日

F A X 送信票

県立下妻特別支援学校地域啓発担当

河村 誉江 行

FAX 番号 : 0296-43-9174

枚数 : 枚

第2回 (6/29) 障害児支援ボランティア講座 参加申込書

ふりがな 氏名	ご年齢 () (男・女)	所 属	(学校・勤務先・団体など)
連絡先 住 所	〒	電 話	

ふりがな 氏名	ご年齢 () (男・女)	所 属	(学校・勤務先・団体など)
連絡先 住 所	〒	電 話	

ふりがな 氏名	ご年齢 () (男・女)	所 属	(学校・勤務先・団体など)
連絡先 住 所	〒	電 話	

※ご年齢・住所・連絡先は、保険加入手続きに必要になります。

※参加申し込みの締め切りは、6月7日(金)です。Faxまたは電話でお申し込みください。

※事務連絡をスムーズに行うため、確実に連絡が取れる連絡先を記入してください。

※上記の個人情報については、講座のお知らせや連絡、保険加入手続きにのみ使用します。

問い合わせ先

茨城県立下妻特別支援学校 渉外部 地域啓発担当 河村 誉江

茨城県下妻市半谷 492-4

電話番号 0296-44-1800 FAX番号 0296-43-9174