

令和元年 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 (本票のみ) : 1 枚

第3回 8月3日 (土) 障害児支援ボランティア講座 参加申込書

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

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

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

※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、ボランティア保険加入の手続きや連絡のみに使用します。

問い合わせ先

茨城県立下妻特別支援学校 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