

令和5年度 地域支援センター特別支援教育研修会

参加申込書

福島県立視覚支援学校  
地域支援センター 行

令和5年 月 日

上記研修会を受講したいので申し込みます。

所属学校名 ( )

TEL ( )

FAX ( )

E-Mail ( )

No.	職名	氏名
1		
2		
3		

備考

※7月13日(木)までにFAX、もしくは同内容を記載した電子メールでお申し込みください。

<申し込み・問合せ先>

福島県立視覚支援学校 地域支援センター 担当：高橋英之  
〒960-8002 福島県福島市森合町6番34号  
TEL：024-534-2574 FAX：024-533-2470  
メール：shien-gr@fcs.ed.jp