

参加申込書

福島県立視覚支援学校 行

平成30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 ()

No.	職名	氏名
1		
2		
3		
4		
5		

備考

※6月29日（金）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。

<問合せ先>

福島県立視覚支援学校 研修主任 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：hideyuki.t@fcs.ed.jp