

令和7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7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18日(金)までにFAX、もしくは同内容を記載した電子メールにてお申し込みください。

<お申し込み・お問い合わせ先>

福島県立視覚支援学校 地域支援センター 担当：八城香奈子

〒960-8002 福島県福島市森合町6番34号

TEL：024-534-2574 FAX：024-533-2470

MAIL：shien-gr@fcs.ed.jp