

※添書不要

令和5年度 聴覚支援学校地域支援センター特別支援教育研修会
申 込 書(FAX 送信用)

| | | | |
|------------|--------------------------------------|-----|--|
| 所属名 | | | |
| 電 話 | | FAX | |
| 参加者 氏 名 | | | |
| | | | |
| | | | |
| 情報保障 | ※希望する方は○印をご記入ください。 ()手話通訳を希望します。 | | |
| 質問事項 | ※講師の先生にお聞きしたいことをご記入ください。 | | |

<申し込み方法>

◆FAX または電話にて各校へお申し込みください。

本 校 電 話 024-951-2081 FAX 024-951-8410

福島校 電話・FAX 024-531-5013

会津校 電話・FAX 0242-22-1286

平 校 電 話 0246-34-2202 FAX 0246-34-5137

◇申し込み締め切りは、9月4日(月)です。

◇ご不明な点等ございましたら上記までお問い合わせ願います。

