

本状のみ F A X

0 9 8 5 - 3 9 - 1 6 2 2

FAX送信日：令和5年 月 日

R5 「あいあい教室 都城」参加申込書

- * 8月16日（水）までに、本参加申込書を明星視覚支援学校まで F A Xでお送りください。
- * 電話でのお申し込み、当日参加も大歓迎です。

参加者 氏 名	
所属名	* いずれかに○を付け、所属名をお書きください 【 幼稚園 ・ 保育園 ・ 小学校 ・ 中学校 ・ 高等学校 ・ その他 】
参加者 連絡先	* 本会中止等の緊急時において、連絡がつく電話番号をお書きください
○備考	* 相談コーナーの希望についていずれかに○をお付けください。【 有 ・ 無 】

宮崎県立明星視覚支援学校
TEL：0985—39—1021
（教育相談担当 上村 小田）