

## 研修会講師派遣申込みカード

※記入できるところをお書きください。

施設名			
代表者			
担当者			
住所			
TEL		FAX	
メールアドレス			
希望する連絡方法	TEL ・ FAX ・ メール		
研修日		時間	: ~ :
研修先の名称			
研修先の住所			
受講対象者		参加人数	
研修のテーマ			
希望する内容			

FAXはこちらへ⇒ 0 2 2 - 2 1 4 - 3 3 6 2 宮城教育大学附属特別支援学校（地域支援担当）