様式２

|  |
| --- |
|  福島県立たむら支援学校　高等部学校見学会申込書 |
| 送信日　令和　　年　　月　　日 | 送信者名（　　　　　　　　　　　　） 　　　 所属（　　　　　　　　　　　　　　 ） 　　　 職名（　　　　　　　　　　） |
| 参　加　日 | １１月５日（木）　※　対象は、福祉事業所関係者の方です。　※　集団をできるだけ避けるため、各事業所、1名までの参加とさせていただきます。 |
| 参 加 者 名 | № | 氏　　　　名 | 職名等 |
| １ |  |  |
| 連絡先 | 電話番号　　（　　　　　）　　　　－Fax　 　　（　　　 　）　 －Mail （　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 所　 属（施設名等） | 名称 |
| 電話番号　　（　　　　　）　　　　－Fax　　 （　　　　　） － |
| 担当者名〔　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| 何か他に連絡事項があれば記入ください。 |  |

申し込み先　＜Fax＞　０２４７－８２－４１１９

　　　　　　　　＜Mail＞tamura-sh@fcs.ed.jp

たむら支援学校　教頭　小河　仁　宛

※本様式は、たむら支援学校HPより、ダウンロードできます。