平成３０年大島養護学校サマーセミナー参加申込書

　　　（ ７月１０日火曜日必着 ）

送信先：鹿児島県立大島養護学校

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 サマーセミナー係担当（野口）

電　話：０９９７－６２－３０５０

ＦＡＸ：０９９７－６２－３７９１

※ＦＡＸ送信後に送信確認の電話を必ずお願いします。

下記太枠線内を御記入ください。定員を越えた際や台風接近等に伴い，本研修会を中止とする場合は連絡をいたしますので連絡がとれる緊急連絡先を必ずお書きください。なお，御記入いただいた情報につきましては，本研修会にのみ使用します。

|  |  |
| --- | --- |
| **所　属****（連絡先）** | 所属名：　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地：電　話：　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：緊急連絡先（参加される代表者の携帯等）： |
| **ふ り が な**氏名 | **職名** | **講演**（参加：○　不参加：×） | 分科会希望（必ず第２希望まで御記入ください） | **弁当**（注文：○　不要：×） |
|
| **（代表者）** |  |  | 第１希望：第（　　　）分科会第２希望：第（　　　）分科会 |  |
|  |  |  | 第１希望：第（　　　）分科会第２希望：第（　　　）分科会 |  |
|  |  |  | 第１希望：第（　　　）分科会第２希望：第（　　　）分科会 |  |
|  |  |  | 第１希望：第（　　　）分科会第２希望：第（　　　）分科会 |  |
|  |  |  | 第１希望：第（　　　）分科会第２希望：第（　　　）分科会 |  |
| ☆　分科会や講演で講師の先生に聞きたいことや，情報交換会で話題にしたいことなどを記入してください。 |
| 通信欄 | ※　参加に当たって要望等がありましたらお書きください。　 |

○　本研修会は，会場の都合により**定員を１００人**とさせていただきます。

○　**第２分科会**は，道具の都合で**本講座を初めて受講される方２０人に限らせていただきます。定員に達しましたら本校ホームページでお知らせしますので，必ず御確認ください。**

**○　受講の可否については，受講が難しい場合のみ，こちらから連絡させていただきます。**

○　お弁当はお茶付き６５０円の予定です。注文された方は，釣銭のないように当日受付にてお支払いください。

○　旅費については本校では負担できませんので御了承ください。

＜本校事務部使用欄＞

確認ＴＥＬ：（　　）月（　　）日ＡＭ・ＰＭ　　　　：　　　　・　対応者（　　　　　　　　　）