|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **令和５年度　下北地区こども発達相談連絡協議会研修会　参加申込書**  ※FAXでお申し込みの場合は、この用紙をFAX送信票としてお使いください。  **申し込み締め切り：７／１４（金）**  　　　　　　※鑑文不要 | | | | |
| **送　付　先** | | 青森県立むつ養護学校 小原　美佳 宛  **ＦＡＸ ：０１７５－２６－２２８６ E-mail : sodan-mut.sh@asn.ed.jp** | | |
| **発　信　者** | | 所　属  氏　名  連絡先　電話番号  ＦＡＸ  メールアドレス  ※オンラインでの参加希望の場合は、こちらに記載のアドレスにZoomのID及び  パスコードを送りますので、―（ハイフン）と＿（アンダーバー）の違い等がわかりやすいようにメールアドレスの記載をよろしくお願いいたします。 | | |
| **参　　加　　者** | | | | |
|  | **所　　　属** | | **氏　　　名** | **希望する参加形式に○を記入** |
| **１** |  | |  | **県立むつ養護学校　・　オンライン** |
| **２** |  | |  | **県立むつ養護学校　・　オンライン** |
| **3** |  | |  | **県立むつ養護学校　・　オンライン** |
| **備考（事前にご質問などございましたらご記入ください）** | | | | |