|  |
| --- |
| **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）** |