

<FAX送信票>

[このまま送信してください]

あて先 FAX 018-860-3861

令和元年度中央地区特別支援教育かがやきミーティング

参加申込み用紙

秋田県教育庁中央教育事務所

担当 近藤 郁 様

学校(園)名等〔所属〕	秋田県立五城目高等学校
TEL	018-852-2265
FAX	018-852-9474
送信者	

<参加者>

No.	氏 名	該当の箇所を○で囲み、 ()に職名を記入してください
例	〇〇 〇〇	職員() 保護者 その他()
1		職員() 保護者 その他()
2		職員() 保護者 その他()
3		職員() 保護者 その他()
4		職員() 保護者 その他()
5		職員() 保護者 その他()
6		職員() 保護者 その他()
7		職員() 保護者 その他()
8		職員() 保護者 その他()

※令和元年11月6日(水)までにお申し込みください。