

学校支援ボランティア養成講座
受講申込書

ふりがな		性別
氏 名		
生年月日	年 月 日 (歳)	
住 所	〒	
電話番号	TEL ※連絡のとれる電話番号をお書きください。	
職 業		

栃木県立のざわ特別支援学校

〒 3 2 1 — 0 9 7 3 宇都宮市岩曽町 1 1 7 7 — 2

TEL 0 2 8 — 6 8 9 — 2 6 8 1

FAX 0 2 8 — 6 8 3 — 6 9 7 7

※必要事項をご記入の上、FAX等でお申し込みください。
※受講が決定しましたら、ご連絡をさせていただきます。