平成29年度

|  |  |
| --- | --- |
| 家庭教育支援プログラム指導者研修  ～スキルアップコース～ | 申込書 |

○お申込みは、下記のいずれかにお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 申込先 | （ 市 ･ 町 ）教育委員会 行  ※お手数ですが、各教育委員会の連絡先は、ご自身でご確認ください。 |
| 栃木県総合教育センター生涯学習部　行  　※このままFAX等でお申し込みください。【 FAX:028-665-7219 】 |

○必要事項をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な | |  | | | | |
| 氏　名 | |  | | | | |
| 連絡先 | 住　所 | 〒 | | | | |
| TEL･FAX | TEL: | | FAX: | | |
| E-mail |  | | | | |
| 参加希望日  ※希望日に○印をお願いします。 | | 6/14(水)  13:30～15:30 | 7/10(月)  10:00～12:00 | | 9/1(金)  10:00～12:00 | 1/17(水)  10:00～16:00 |
|  |  | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 2月8日(木) 希望研修の参加確認について  ※どちらかを〇で囲んでください。 | 参　加　・　不参加 |

☆ 託児を希望される方は、必要事項をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふ り が な | 性  別 | 生　年　月　日 |
| お子さんのお名前 |
|  | 男  ・  女 | 平成　　　年　　　月　　　日　生  　　　　　　　　（　　　才 か月） |
|  |
|  | 男  ・  女 | 平成　　　年　　　月　　　日　生  　　　　　　　　　　（　　　才 か月） |
|  |