

※このまま 送信してください。	<b>第45回 東北地区病弱虚弱教育研究連盟研究協議会秋田大会 参加申込書</b>			
	送信先	東北病連秋田大会主管校事務局 【FAX】018-889-8575	秋田県立秋田きらり支援学校 教諭 藤原 恵理子 行	

学校名				参加申込 代表者氏名	
TEL		FAX		E-mail アドレス	

	職名	フリガナ		性別	交通手段		1日目				2日目		昼食希望 *当日徴収 します	大会参加費 (含資料代) 2,000円	教育情報交換 会参加費 6,000円	合計金額 (円) 8,000円	
		氏名			自動車 (要駐車場) ×	送迎バス 利用希望		病 理 会 長 会	授 業 参 観	希 望 分 科 会	情 報 交 換 会	病 連 総 会					講 演
		行	帰														
例	教諭	アキタ	ハナコ	女	×	○	○	×	○	2	○	○	○	○	○	8,000円	
1																	
2																	
3																	
4																	
参加者合計		人			振込予定日				月		日		振込金額合計 円				

8月31日(金)締め切り (FAX かメールで送付ください。添書不要)