

令和5年度愛媛県立しげのぶ特別支援学校教職員研修会（摂食指導）
参加申込書

愛媛県立しげのぶ特別支援学校

自立活動課 蒲池 靖子 行

所属名 _____

TEL _____

FAX _____

1 参加者

令和5年度 愛媛県特別支援学校センター的機能充実事業 8/25(金)「おいしく 楽しく 安全に食べるために」				
職名	氏名	参加方法 (○を記入してください)		メールアドレス (学校代表アドレス)
		来校	Zoom	

※ 配信方法のお知らせや資料送付に使用しますので、
学校代表のメールアドレスを必ず御記入ください。
また、来校予定の方も、Zoom 配信のみに変更になっ
た場合に必要ですので、記入をお願いします。

2 御質問等ありましたら、ご記入ください。

--

* 7月20日(木)までにお申込みください。

FAX (089) 964-3496