

# 平成 30 年度 集団研修会 F A X 申込書

FAX 番号 03-3235-1144 (24 時間受付)

申込日：平成 30 年 月 日

研修会名	学校教職員等研修会
開催日	平成 30 年 8 月 6 日 (月) ・ 7 日 (火) ・ 8 日 (水)

	フリガナ 氏 名	所属 (勤務先)	職種	参加希望 ☐ 印	日中の連絡先
代表者				<input type="checkbox"/> 8/6 <input type="checkbox"/> 8/7 <input type="checkbox"/> 8/8	TEL FAX
2				<input type="checkbox"/> 8/6 <input type="checkbox"/> 8/7 <input type="checkbox"/> 8/8	TEL
3				<input type="checkbox"/> 8/6 <input type="checkbox"/> 8/7 <input type="checkbox"/> 8/8	TEL
4				<input type="checkbox"/> 8/6 <input type="checkbox"/> 8/7 <input type="checkbox"/> 8/8	TEL
5				<input type="checkbox"/> 8/6 <input type="checkbox"/> 8/7 <input type="checkbox"/> 8/8	TEL

※①3 日間コースとなっておりますが、1 回ずつご参加が可能です。

②受付が完了しましたら、この用紙に済み印を押したものを FAX にて返送いたします。

1 週間たっても返送がない場合は、お手数ですが当センター研修担当までお問い合わせ下さい。

③代表者の方は FAX 番号も必ずご記入ください。

④定員に達した場合のみお電話にてご連絡いたします。

## 【会 場】

東京都立心身障害者口腔保健センター 8 階研修室

## 【交 通】

■JR 利用の場合 (総武線)

飯田橋駅西口より徒歩 4 分

■地下鉄利用の場合

(東西線、有楽町線、南北線、都営大江戸線)

飯田橋駅 B2b 出口

セントラルプラザ 1 階ロビー直結

## 【問 合 せ 先】

TEL 03 ( 3235 ) 1141

