

山口県学童保育連絡協議会 出前研修会申込書

申込日 年 月 日

市町村名			
申込者			
代表者名または担当者名			
住所	〒		
電話番号			
当日電話番号			
FAX			
Mail			
希望する研修内容 ※○をつけてください	1	2	3
実施希望日時	年	月	日
	時	分	～ 時 分
開催場所			
参加予定人数	人		

申込先 〒742-0424 岩国市周東町差川803

山口県学童保育連絡協議会 FAX 083-265-6718

