

# 令和2年度 学習支援ボランティア養成研修会 参加申込書

北九州市小児慢性特定疾病支援室 宛 FAX 093-861-3095

※メール [shouman@shien-c.com](mailto:shouman@shien-c.com) で申し込みの場合は、件名を 学習支援  
として 下記 FAX 同様の情報を記入して送信してください

※申込締め切り 8月21日(金) まで

※定員（20名程度）に達した時点で締め切りとさせていただきます。

会場参加       オンライン参加（ZOOM 使用）

（いずれかに✓を入れてください）

◆<sup>ふり</sup>氏 <sup>がな</sup>名 \_\_\_\_\_

◆所 属 \_\_\_\_\_

◆住 所 \_\_\_\_\_

◆メールアドレス（オンライン参加希望の方はご記入ください）

@ \_\_\_\_\_

◆連絡先 \_\_\_\_\_

（電話番号、連絡がとれる番号）

◆その他（連絡事項など）