

FAX 0 9 5 - 8 4 7 - 9 4 4 8

送付日 平成 3 0 年 月 日

締切日 平成 3 0 年 7 月 1 7 日 (月)

長崎市立高尾小学校

宮 崎 ル ミ 宛

学校健康教育協議会・勤労者支援協議会

第 1 回スキルアップ研修会参加申込書

氏名 ()

1 会員 2 会員外

会員番号 ()

勤務先 ()

連絡先電話番号 ()

連絡先 FAX 番号 ()

*参加される会に○をつけてください。

事業總會 () 第 1 回スキルアップ研修会 ()