

参加申込書

NO	氏名	学校名又は団体名	参加日
1			○で囲んでください 8/4 ・ 8/5
	メールアドレス		連絡先
			(日中つながりやすい番号)

NO	氏名	学校名又は団体名	参加日
2			参加日を○で囲んでください 8/4 ・ 8/5
	メールアドレス		連絡先
			(日中つながりやすい番号)

※オンライン参加の方は、当日資料をメールで送るため、必ずメールアドレスを記載してください。

メールアドレスは、大文字・小文字をはっきり記載してください。

参加方法（どちらかに○をしてください）

- (1) オンライン（Zoom）参加
- (2) 志木市総合福祉センター参加

※会場参加は、定員100人になります。

【送付先】

社会福祉法人 朝霞市社会福祉協議会 宛

FAX 048-486-2418

【提出期限 令和4年7月14日（木）まで】

○本研修会に期待すること、協議したいことなどございましたら、ご自由にお書きください。
