送　信　票

**平成31年度愛媛県特別支援学校医療的ケア実施体制充実事業成果報告会**

**参加申込書**

【申込先】愛媛県教育委員会事務局 指導部 特別支援教育課　行

F A X　 089-912-296４

E-mail　tokubetsushien@pref.ehime.g.jp

＜参加者＞

|  |  |
| --- | --- |
| 学　校　名所属名 |  |
| 所在地 | 〒TEL |
|  |
| 職　名 | 氏　名 | 弁当注文 | 利用交通機関（該当に○）公：公共交通機関自：自家用車運転同：自家用車同乗 |
|  |  |  | 公 ・ 自 ・ 同 |
|  |  |  | 公 ・ 自 ・ 同 |
|  |  |  | 公 ・ 自 ・ 同 |
|  |  |  | 公 ・ 自 ・ 同 |
|  |  |  | 公 ・ 自 ・ 同 |

* 必要事項を御記入の上、FAX又は電子メールで申込みください。（送付書不要）
* 所属学校、所属機関ごとに申込みください。
* 弁当（お茶付き：700円）を希望される場合のみ〇印を御記入ください。

（当日受付にて支払い。申し込み後、1/24以降のキャンセルは不可となります。）

**申込締切日　令和２年１月８日（水）**

【お問い合わせ先】

愛媛県教育委員会事務局 指導部 特別支援教育課

〒790-8570　松山市一番町四丁目４番地2

TEL　089-912-2967　　FAX　089-912-2964

E-mail　tokubetsushien@pref.ehime.lg.jp

※　申込書は、本課のホームページからもダウンロードできます。

**検索**

愛媛県教育委員会特別支援教育課