

## 受講申込書(オープンセミナー FAX用)

(申込日) 平成 年 月 日

やまぐち総合教育支援センター所長 様

(申込先)

やまぐち総合教育支援センター  
教育支援部 学校支援班

FAX番号 083-987-0209

所 属 名		
申 込 者 職 名 ・ 氏 名		
連 絡 先	TEL	
	FAX	
	E-mail	

下記のとおりオープンセミナーに申し込みます。

記

講座番号	OP	講座名	( 回)
講座日時	平成 年 月 日 ( 曜日) : ~ :		
	*OP4を申し込まれる場合は、5月、10月、11月の希望日時を御記入ください。		
申込(代表)者 連 絡 先	住所	( ) 市・町	※ 市町名を記入してください。
	氏名		TEL
小学生、中学生は該当学年を記入してください。幼児、高校生、一般は該当箇所を○で囲んでください。			
参加者氏名	幼児、小学校( )年、中学校( )年、高校生、一般		
参加者氏名	幼児、小学校( )年、中学校( )年、高校生、一般		
参加者氏名	幼児、小学校( )年、中学校( )年、高校生、一般		
参加者氏名	幼児、小学校( )年、中学校( )年、高校生、一般		
参加者氏名	幼児、小学校( )年、中学校( )年、高校生、一般		
※団体の場合は、団体名を記入してください。			
団 体 名			
参 加 者 合 計 人 数	人		
OP1～OP3の受講 通知の連絡方法	メール ・ 電話 ・ FAX (○で囲んでください。)		

センター記入欄 受付日 平成 年 月 日