第54回岩手県学校健康教育研究大会参加申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 申込み責任者氏名 |  |
| 所　　 属　　 名 |  |
| 所　 属　 住　所 | 〒　　　- |
| 電　　　　　　話 |  |
| F　　　A　　　X |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 所　属（学校名） | | 職　　名 | 氏　　　名 | 希望分科会 | | 昼食希望 |
| １ |  | |  |  | １・２・３ | | 有・無 |
| ２ |  | |  |  | １・２・３ | | 有・無 |
| ３ |  | |  |  | １・２・３ | | 有・無 |
| ４ |  | |  |  | １・２・３ | | 有・無 |
| ５ |  | |  |  | １・２・３ | | 有・無 |
| ６ |  | |  |  | １・２・３ | | 有・無 |
| ７ |  | |  |  | １・２・３ | | 有・無 |
| ８ |  | |  |  | １・２・３ | | 有・無 |
| ９ |  | |  |  | １・２・３ | | 有・無 |
| １０ |  | |  |  | １・２・３ | | 有・無 |
| 参加人数合計 | | 人 | 参加費合計 | 円 | 昼食申込数 | 個 | |

* **参加料振込み済み用紙の写しを必ず添付してください。**
* **所属（学校）ごとに記入してください。所属は省略可。（記入例　○○小・△△中・××高・○○支援）**
* **昼食代（税込750円）は、当日お支払い願います。**
* **被表彰者で、表彰式後にも残られる場合には申込が必要です。**

　申込期限　**平成30年12月４日（火）**