

5センター相互補完事業用 研修講座申込用紙

(川崎市総合教育センターが実施する研修に参加を申し込むための用紙です)

申込日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

講座名	研修日
	月 日 ()

所 属 ※所属長の承認を受けて申し込んでください。	立 校	印
	校 長	
	(電話番号 : _____)	
	(FAX 番号 : _____)	

標記の講座について、次のとおり申し込みます。

ふり 氏	がな 名	職 名	担当教科等	備 考

申込用紙送付先 FAX 番号

川崎市総合教育センター・カリキュラムセンター

FAX: 044-844-3727

問い合わせ：カリキュラムセンター

担当課長

TEL 044-844-3730