

CAPワークショップ申込書

申込日 年 月 日

CAPワークショップのご依頼ありがとうございます。
 必要事項をご記入の上、事務局までFAX又はEmailにてお送りください。
 日程調整後、折り返しご連絡させていただきます。
 (この申請書はHPからもダウンロードできます。<http://capyao.main.jp/>)

学校・団体名	TEL		
	FAX		
住 所			
担当者名			
希望の ワークショップ	<input type="checkbox"/> おとなワークショップ <input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 地域		<input type="checkbox"/> 子どもワークショップ 実施学年()年 クラス数()クラス
	※ <input type="checkbox"/> にチェックを お願いします	<input type="checkbox"/> おとなワークショップ + 子どもワークショップ <input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 地域	
実施希望日	第1 希望日	第2 希望日	第3 希望日
実施の動機			

※子どもワークショップを依頼される場合は、事前に先生方への研修をお願いしております。できるだけ多くの先生にご参加いただけますようお願いいたします。

お申込み・お問合せ先
CAP プロジェクトやお 大阪府八尾市東本町 1-7-2 TEL/FAX: 072-915-4936 Email : capyao1996@yahoo.co.jp