【様式１】

|  |  |
| --- | --- |
| 保健体育課　学校健康安全担当　菊池　英里　行きe-mail　kikuchi-eri@pref.iwate.jpFAX　　 ０１９－６２９－６１９９  | **９月30日（月）までにご提出ください。** |
|  | 【参加者がいない場合は提出の必要はありません】 |
| 所属 |  |
|  |  |  | 担当者職名 |  |
|  |  |  | 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

**令和６年度岩手県学校保健研修会参加申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 所　属 | 職　名 | 氏　名 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

※欄が足りない場合は適宜行を挿入してください。