

申込み日 年 月 日

## 思春期プログラム 申込書

ワークショップの申込みは以下の項目にご記入の上、おきなわCAPセンターへFAX  
またはメールをしてください。

受取り後、CAP側の担当者からご連絡をいたします。

FAX番号 098-975-9753 メールアドレス okicap1996@gmail.com

### 1 希望される日時をご記入ください

授業の2コマ必要です（プログラム約60分、教室移動とアンケート記入）									
第1希望	年	月	日	曜日	時	分	～	時	分
第2希望	年	月	日	曜日	時	分	～	時	分

### 2 次の項目にご記入ください

学 校 名		学校の連絡先（TEL/FAX）							
学 校 住 所									
担 当 者 名		ふりがな		担 当 者 の 連 絡 先					
メールアドレス（レジュメ等送付用）									
開 催 場 所					住 所（※学校住所と違う場合のみ）				
ワークショップ対象者					<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 中学生 _____ 学年 <input type="checkbox"/> 高校生 _____ 学年				
打合せ希望日（30分程度必要です）									
第1希望	年	月	日	曜日	時	分	～		
第2希望	年	月	日	曜日	時	分	～		
お支払い書類		<input type="checkbox"/> 見積書		<input type="checkbox"/> 請求書		<input type="checkbox"/> 領収証（現金払いのみ）			
各種書類の宛名		：							
お支払い方法		<input type="checkbox"/> 当日手渡し		<input type="checkbox"/> 実施後振り込み					