

申込み日 年 月 日

知的障がいのある子どもたちへのプログラム申込書 (軽度～中程度)

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
またはメールを送信してください。

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 (※事前にCAP事務局と調整をしてください)

約30分×5日間必要です										
※ 先生が実施する2日間(予習日、復習日)とCAPが実施する3日間を併せて5日間で構成されスモールステップで進めます										
先生	1日目	年	月	日	曜日	時	分	～	時	分
C	2日目	年	月	日	曜日	時	分	～	時	分
A	3日目	年	月	日	曜日	時	分	～	時	分
P	4日目	年	月	日	曜日	時	分	～	時	分
先生	5日目	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 (資料等 送付用)	
開 催 場 所	住 所 (※学校住所と違う場合のみ)
対象者	おとなワークショップを開催した日 (要事前開催)
<input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> 中学生 <input type="checkbox"/> 高校生 人 年 月 日	対象 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 教職員
打合せ希望日 (30分～1時間程度必要です)	
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	

お申込みありがとうございました