

申込み日 年 月 日

就学前ワークショップ 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

約30分×3日間必要です										
第1希望	1日目	年	月	日	曜日	時	分	～	時	分
	2日目	年	月	日	曜日	時	分	～	時	分
	3日目	年	月	日	曜日	時	分	～	時	分
第2希望	1日目	年	月	日	曜日	時	分	～	時	分
	2日目	年	月	日	曜日	時	分	～	時	分
	3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)							
ワークショップ対象者				おとなワークショップを開催した日 (要事前開催)							
_____ 歳児		_____ クラス		_____ 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				