**【FAX送信先０３－６８３６－０２６０】**

**公文教育研究会　学習療法センター宛**

**天理市　成果連動型支払事業**

**「脳の健康教室」最終報告　記者発表会**

 **参加申込書（ＨＰ用）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **参加者氏名** | **所属先名** | **役職名** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**参加代表者連絡先**

**【ＴＥＬ】**

**【メールアドレス】**

**※4月10日（火）までにお申込みください**

**※会場定員になり次第締め切らせていただきますことをご了承ください**