年　　月　　日

CAP ワークショップ依頼書

ひとつぶのたね CAPぐるーぷ　　TEL&FAX　072-722-0206

学校名 および団体名		
窓口担当者	（ふりがな） お名前 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ TEL ＿＿＿＿＿＿＿＿　FAX ＿＿＿＿＿＿＿＿ 住　所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	
希望日時	おとなワークショップ （教職員向け・ 保護者向け） ※いずれかに○してください	第一希望　＿＿月　＿＿日　（＿＿曜）　＿＿時　～ 第二希望　＿＿月　＿＿日　（＿＿曜）　＿＿時　～ 第三希望　＿＿月　＿＿日　（＿＿曜）　＿＿時　～
	おとなワークショップ (教職員、 保護者・地域の方 合　同)	第一希望　＿＿月　＿＿日　（＿＿曜）　＿＿時　～ 第二希望　＿＿月　＿＿日　（＿＿曜）　＿＿時　～ 第三希望　＿＿月　＿＿日　（＿＿曜）　＿＿時　～
	子どもワークショップ 学年　＿＿＿ クラス　＿＿＿	第一希望　＿＿月　＿＿日　（＿＿曜） 第二希望　＿＿月　＿＿日　（＿＿曜） 第三希望　＿＿月　＿＿日　（＿＿曜）
	子どもワークショップ 学年　＿＿＿ クラス　＿＿＿	第一希望　＿＿月　＿＿日　（＿＿曜） 第二希望　＿＿月　＿＿日　（＿＿曜） 第三希望　＿＿月　＿＿日　（＿＿曜）
備　　考		