

「1万人の子どもにCAPを届けるキャンペーン」実施校申込みフォーム

下記のように、実施を申込みます。			
実施校名			
学校住所	〒		
ご担当者氏名		電話番号	
E-mail			
実施希望学年	_____年生	_____クラス	_____人
おとな向け	保護者向け希望	教職員向け希望	保護者・教職員合同希望
備考欄（連絡事項などありましたらお書きください）			

お問い合わせは、エンパワメントかながわ事務所まで  
 電話：045-323-1818 E-mail：kanagawa-cap-miracle@isis.ocn.ne.jp

FAX 送信先：045-323-1819