

FAX:03-3706-7242

送信先 社会福祉法人嬉泉 自閉症実践療育セミナー事務局宛 E-mail:jissen@kisenfukushi.com

第32回自閉症実践療育セミナー参加申込書

NO.

ふりがな	
氏名	
所属	名称：
	施設種別： 職種：
	地域： 都道府県
連絡先	〒 自宅 ・ 勤務先 *どちらかに○をつけてください。
	電話： FAX：
	Mail：
領収書 受講証 返送先	*上記連絡先と異なる場合のみ御記入ください。 〒
送金方法	振込 ・ 現金書留 *どちらかに○をつけてください。
	*振込の場合： 月 日振込（予定でも可） 振込人名義 _____ 受講証は入金を確認次第お送りします。振込人名義は、必ずご記入ください。 ご記入がない場合は、受講証の発行ができません。 振込通知書の写しを郵送またはFAXにてお送りください。
送金金額	受講料： _____ 円 合計送金額： _____ 円
領収書宛名	*所定用紙がある場合はお送りください。宛名指定がない場合は、参加者名（個人名）といたします。
<p>*研修当日および今後の企画・運営の参考にさせていただきたいので、以下のアンケートにご協力をお願いいたします。</p> <p>1. 本セミナーへの参加回数 : 初めて ・ _____ 回目</p> <p>2. 発達障害児・者の教育、福祉などの経験年数 : _____ 年</p> <p>3. 参加の動機・きっかけ： DM ・新聞などの案内 ・ホームページ ・その他（ _____ ）</p> <p>4. 本セミナーに期待されること、今後の講座の内容等について、ご意見・ご要望をお書きください。</p> <p>5. 次年度以降の本セミナー案内の送付先について : 職場 ・ 自宅 ・ その他（ _____ ）</p> <p>MAIL アドレス：</p>	

※上記にご記入いただいた内容は、本セミナー以外で使用することはありません。