

ふれしやすセミナーVol.17 申込用紙

(株)ふれしやす
 FAX 0952-37-9153 MAIL arigato@pureshasu.com

内容	自立を支援する
日時	平成28年12月18日(日)
場所	佐賀市文化会館 大会議室

※お名前フルネームでご記入ください。

※受講希望 お願いします。

いただいた個人情報は本件以外使用しません。

ふりがな 氏名	自閉症支援の経験年数等		所属先	受付後、弊社より連絡します。12/5までに連絡なき場合はお手数ですがご連絡ください。 昼間連絡が取れる連絡先 をご記入ください。
ふりがな	自閉症支援の経験年数	年	①保護者 ②一般	住所(必須)
氏名	構造化された指導の経験年数	年	③支援・療育関係(成人・児童)(勤務先)	TEL(必須) FAX
	水野氏セミナー受講経験	回	④教育関係(勤務先)	E-mail
<input type="checkbox"/> 午前のみ受講	フレームワークを活用した自閉症支援書籍購入	有・無	⑤行政関係(勤務先)	今後の弊社セミナーのご案内 (要・不要)
<input type="checkbox"/> 1日受講	午後演習希望グループ <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 幼児事例(4~6歳位) <input type="checkbox"/> 学齢移行期事例(高校生位)	講師ホームページメルマガ登録 (要・不要)
ふりがな	自閉症支援の経験年数	年	①保護者 ②一般	住所(必須)
氏名	構造化された指導の経験年数	年	③支援・療育関係(成人・児童)(勤務先)	TEL(必須) FAX
	水野氏セミナー受講経験	回	④教育関係(勤務先)	E-mail
<input type="checkbox"/> 午前のみ受講	フレームワークを活用した自閉症支援書籍購入	有・無	⑤行政関係(勤務先)	今後の弊社セミナーのご案内 (要・不要)
<input type="checkbox"/> 1日受講	午後演習希望グループ <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 幼児事例(4~6歳位) <input type="checkbox"/> 学齢移行期事例(高校生位)	講師ホームページメルマガ登録 (要・不要)
ふりがな	自閉症支援の経験年数	年	①保護者 ②一般	住所(必須)
氏名	構造化された指導の経験年数	年	③支援・療育関係(成人・児童)(勤務先)	TEL(必須) FAX
	水野氏セミナー受講経験	回	④教育関係(勤務先)	E-mail
<input type="checkbox"/> 午前のみ受講	フレームワークを活用した自閉症支援書籍購入	有・無	⑤行政関係(勤務先)	今後の弊社セミナーのご案内 (要・不要)
<input type="checkbox"/> 1日受講	午後演習希望グループ <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 幼児事例(4~6歳位) <input type="checkbox"/> 学齢移行期事例(高校生位)	講師ホームページメルマガ登録 (要・不要)