

ふれしやすセミナー10 申込用紙

内容	自閉症の特性理解と教育・支援
日時	平成26年5月11日(日)
場所	佐賀市文化会館 大会議室

株ふれしやす
FAX 0952-37-9153 TEL 0952-37-9151
Email info@pureshasu.com

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 該当に○を付け、勤務先名をご記入ください	受付後、弊社より連絡します。5/1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。
	自閉症支援の 経験年数	年	①保護者 ②一般 ③支援・療育関係(成人・児童)(勤務先)	住所(必須) TEL(必須) FAX
	構造化された指 導の 経験年数	年	④教育関係(勤務先 ⑤行政関係(勤務先)	E-mail 今後の弊社セミナーのご案内(要・不要)
	自閉症支援の 経験年数	年	①保護者 ②一般 ③支援・療育関係(成人・児童)(勤務先)	住所(必須) TEL(必須) FAX
	構造化された指 導の 経験年数	年	④教育関係(勤務先 ⑤行政関係(勤務先)	E-mail 今後の弊社セミナーのご案内(要・不要)
	自閉症支援の 経験年数	年	①保護者 ②一般 ③支援・療育関係(成人・児童)(勤務先)	住所(必須) TEL(必須) FAX
	構造化された指 導の 経験年数	年	④教育関係(勤務先 ⑤行政関係(勤務先)	E-mail 今後の弊社セミナーのご案内(要・不要)