

ふれしやすセミナー13 申込用紙

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

内容	自閉症の特性理解と教育・支援
日時	平成27年6月14日(日)
場所	佐賀市文化会館 大会議室

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。6/5までに連絡なき場合はお手数ですがご連絡ください。 屋間連絡が取れる連絡先をご記入ください。
			該当に○を付け、勤務先名をご記入ください	
	自閉症支援の 経験年数	年	①保護者 ②一般	住所(必須)
			③支援・療育関係(成人・児童)(勤務先	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	E-mail
			⑤行政関係(勤務先	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	住所(必須)
			③支援・療育関係(成人・児童)(勤務先	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	E-mail
			⑤行政関係(勤務先	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	住所(必須)
			③支援・療育関係(成人・児童)(勤務先	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	E-mail
			⑤行政関係(勤務先	今後の弊社セミナーのご案内 (要・不要)