**第2４回自閉症療育者のためのトレーニングセミナー受講申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| **事務局記入欄** | **NO.****月　日受** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 生年月日　　　　　年　　月　　日　　　　　　歳　(男　・　女) |
| 現住所 | 〒　　　　　　　　　　　　TEL FAXe-mail: |
| 勤務先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 職種 |
| 所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　TEL FAX |
| 連絡発送先 | 　　　自宅　　　・　　　　勤務先　(どちらかに○を付けてください) |
| 　受講を希望する理由及び本セミナーに期待すること（受講者選考の参考資料となります）* データ添付(手書きでもスキャンしたデータ添付可)、もしくは郵送にてご応募ください。
* e-mailは必ず記載してください。
* 合否結果は7月上旬、郵送でご連絡いたします。
 |