**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 FAX  e-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。 | | |