

ぷれしやすセミナーVol.19 申込用紙

(株)ぷれしやす

FAX 0952-37-9153

MAIL arigato@pureshasu.com

内容	自閉症の特性と支援
日時	平成29年 6月25日(日)
場所	佐賀市文化会館 三階大会議室

※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。6/15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】	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	書籍購入希望			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】	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	書籍購入希望			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】	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	書籍購入希望			講師ホームページメルマガ登録 (要・不要)