

ぷれしやすセミナーVol.21 申込用紙			(株)ぷれしやす		
内容	どうして？その行動の意味を教えます 行動支援のセミナー！		FAX 0952-37-9153 MAIL arigato@pureshasu.com		
日時	平成30年1月8日(月・祝)		※お名前フルネームでご記入ください。		
場所	佐賀市文化会館 三階大会議室		※受講希望 <input checked="" type="checkbox"/> 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。		
			※メールかFAXにて返信致しますのでどちらかを必ずご記入下さい。		
ふりがな	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。1/5までに連絡なき場合はお手数ですがご連絡ください。
氏名			当に○を付け、勤務先名をご記入ください。演習グループは <input checked="" type="checkbox"/> お願いします		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)	( )	※パソコンからのメールが受信可能なアドレスをお願い致します。 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】 書籍購入希望	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					
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)	( )	※パソコンからのメールが受信可能なアドレスをお願い致します。 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】 書籍購入希望	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					
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)	( )	※パソコンからのメールが受信可能なアドレスをお願い致します。 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】 書籍購入希望	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					

★席によってはエアコンの温度調整が難しいため、上着等ご自身でご準備くださいませ。

