

ふれしやすセミナー10 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26年5月11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。5/1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。
	自閉症支援の経験年数	年	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)
	構造化の経験年数	年	③支援・療育関係(成人・児童)(勤務先 )	TEL(必須) FAX
			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)	
構造化の経験年数	年	③支援・療育関係(成人・児童)(勤務先 )	TEL(必須) FAX	
		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)
	構造化の経験年数	年	③支援・療育関係(成人・児童)(勤務先 )	TEL(必須) FAX
			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)