

自閉症セミナー2014 ～基礎講座～

《申込書》

❖ **申込み**

下記に漏れのないようご記入の上、FAX または郵送で「東やまたレジデンス 自閉症セミナー担当」までお送りください。(締切日 2014年11月4日(火)必着)

福祉機関等に所属する支援者を対象としたセミナーです。必ず勤務先(所属)をご記入ください。

❖ **受講の通知**

申込締切り後に、選考により受講者を決定します。選考結果は申込者全員へ郵送にて連絡します。

❖ **受講料**

受講料は、1日目受付にてお支払いください。(支払い後の払い戻しはいたしませんのでご注意ください)

❖ **その他**

複数名で申し込まれる場合は、お手数ですがコピーして一人1枚ずつでお申込みください。

FAX 045(591)2768

(社福)横浜やまびこの里 東やまたレジデンス 自閉症セミナー担当
〒224-0024 横浜市都筑区東山田町 270 番地

フリガナ 氏 名 (歳代)	勤務先/所属
	職名/職種 (年目)
自宅住所 〒 TEL FAX e-mail	勤務先住所 〒 TEL FAX e-mail
受講についての連絡先 *どちらかに○をつけてください	
自宅 / 勤務先	
このセミナーに応募する理由と期待すること (600～800字)	

※FAX送信後、必ず受付受理確認をTELにてお願いいたします。