第２９回こうさい療育セミナー参加申込書

1. 参加者氏名／所属名／所属先住所／所属先電話番号

氏　名	所属名／住所／電話番号
ふりがな（　　）	ふりがな（　　）
	〒 電話番号　　（　　）
※参加者様ご所属先の該当種別に〇をお付けください 学生 ・ 児童入所 ・ 児童通所 ・ 成人入所 ・ 成人通所 ・ 学校 ・ 医療 ・ 行政 ・ その他（　　）	

＊参加希望日程　　□終日（参加費：5,000円）　　□午後のみ（参加費：3,000円）

＊参加希望分科会

第一希望　□第一分科会　□第二分科会　□第三分科会　□第四分科会　□第五分科会
□第六分科会　□第七分科会　□第八分科会

第二希望　□第一分科会　□第二分科会　□第三分科会　□第四分科会　□第五分科会
□第六分科会　□第七分科会　□第八分科会

＊写真撮影を　　□希望する

＊昼食(弁当代1,000円)を　□申し込む　　□申し込まない

＊懇親会に　　□参加する　　□参加しない　　（該当する箇所に✓をお付け下さい）

2. 決定通知の連絡先

FAXにてご返信いたします。FAXのご利用のない方は、下記ご記入いただいたご住所に送付します。

FAX	住　　所
FAX番号	ご住所（ ご自宅 ・ 所属先 ）＊いずれかに〇をお付けください 〒

3. 本セミナーを何でお知りになりましたか（該当するものに〇をお付け下さい）

本案内 ・ ホームページ（具体的なサイト名：　　）

雑誌（具体的な雑誌名：　　）

その他（　　）

〈お問い合わせ〉 〒257-0006 神奈川県秦野市北矢名1195－3 第29回こうさい療育セミナー係
（担当：大永・石井）
電話：0463（77）3222　FAX：0463（77）3225
E-mail：ryoikuseminar@kousaikai.or.jp