

第 31 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○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・相談支援・学校・医療・行政・その他()

*参加日程 終日(参加費:5,000円) 午後のみ(参加費:3,000円)

*午前のプログラムの希望

- 第1希望** A-1 支援公開(未就学通園) A-2 支援公開(児童入所) A-3 支援公開(成人)
 B-1 公開事例検討-参加 B-2 公開事例検討-傍聴 C ADL支援実践公開
- 第2希望** A-1 支援公開(未就学通園) A-2 支援公開(児童入所) A-3 支援公開(成人)
 B-1 公開事例検討-参加 B-2 公開事例検討-傍聴 C ADL支援実践公開

(注)A-3支援公開(成人)は定員になり次第、第2希望、あるいはA-2支援公開(児童入所)へのご案内とさせていただきます。

*分科会の希望

- 第1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2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

(注)第六分科会は定員になり次第、第2希望、あるいは他の分科会へのご案内とさせていただきます。

*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

F A Xにてご返信いたします。F A Xのご利用のない方は、送付先のご住所をご記入ください。

FAX	住 所
FAX 番号	ご住所(ご自宅・所属先) ※いずれかに○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○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31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