

静岡県自閉症協会 事務局行き

(FAX 番号 054-259-2712)

3月31日(土) 沼津会場 講演会とシンポジウム参加申込書

| | |
|---------|------------------|
| 氏名 | |
| 所属 | ※ 所属の施設、学校などがあれば |
| 午前の部 | 安倍陽子先生 松尾浩久先生 |
| 午後の部 | 安倍陽子先生 松尾浩久先生 |
| シンポジウム | 参加する 参加しない |
| 会員 | 会員 賛助会員 研究会員 一般 |
| 保護者・指導者 | 保護者 指導者 |
| 連絡先 | ※ FAX 番号、電話番号、など |
| 市町 | ※ 地番などは不要です |
| 備考 | |

※ 複数の方が同じ講師の方のお話を聞かれる場合は氏名欄に複数の方のお名前をご記入ください。それぞれが別の講師の方のお話を聞かれる方は、別の用紙でお申込みください。

※ 項目の中は、該当を○で囲んでください。

※ 連絡先はメールアドレスでも結構です。

※ 講演会の詳細の情報はホームページをご覧ください。

<http://www.ei-21.com/asj-shizuoka/>