

自閉症支援者のためのトレーニングセミナー 参加申込書

○必要事項を記入の上、郵送もしくはメールでお申し込みください。

○選考の結果は、お申し込みいただいた全員に通知いたします。

フリガナ				性別	年齢
お名前				男・女	才
ご所属	団体名				
	職種		経験年数	年	
連絡先	自宅 / 職場				
	住所	〒			
	TEL		FAX		
	メール				
参加希望グループ	第1希望	幼児期	学齢期	青年・成人期	
○で囲んで下さい	第2希望	幼児期	学齢期	青年・成人期	
<参加希望の理由> *600字程度でお書きください。					

静岡県発達障害者支援センターあいら

申込先 (郵送またはメールでお願いします) **11月21日(金)必着**

〒422-8031 静岡市駿河区有明町2-20 (担当:高橋・齊藤)

メール hattatsu-shien@pref.shizuoka.lg.jp