

another planet The CAT-Kit 実践事例報告会セミナー申込書

F A X 送信
0952-60-5756

*No.

*入金日

/

■佐賀会場【独立行政法人国立病院機構佐賀病院研修ホール4階】

● 開催日 H 29年12月17(日)

・受付開始時間 AM 9:30

・講義開始時間 AM 10:00 ~ PM 16:00 (終了予定)

ふりがな				年齢	性別
お名前					
連絡先	住所	〒			
	TEL		FAX		

緊急連絡先(携帯) ※必ずご記入ください。	TEL	
-----------------------	-----	--

↓支援者の場合ご記入ください

勤務先	団体名				
	住所	〒			
	TEL		FAX		
	職種				

自閉症の人と かかわった経験年数	年	構造化された指導 の経験年数	年	職場で対象とする 年齢層	
---------------------	---	-------------------	---	-----------------	--

<p>★振入口座の選択 ※当日現金受渡し不可</p> <p>※正規受講料・6000円</p> <p>※振入期限 平成29年12月1日(金)</p>	<p>銀行振込</p> <p>楽天銀行 ダンス支店(208)</p> <p>普通 7022016</p> <p>株式会社 フロム・ア・ヴィレッジ</p>	<p>郵便振込</p> <p>17700-15994461</p> <p>株式会社 フロム・ア・ヴィレッジ</p>
○をつけてください→		

※振込手数料について : お客様のご負担となりますのでご了承ください。

※ご入金後のキャンセルについて : セミナー当日から7日前日のお客様の都合でのキャンセルの場合、
いかなる理由でもセミナー受講料金の返金は致しかねます。ご了承ください。

領収証が必要な場合の宛名

(※領収証は当日会場の受付で
お渡しとなります。)

備考欄

※FAX でのご連絡が不可の場合は ここにご連絡先をご記入下さい。

※お寄せいただきました情報はセミナーのご案内以外には使用いたしません。(株) フロム・ア・ヴィレッジ