

強度行動障害の事例に学ぶ幼児期～成人期の支援セミナー申込書

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10日(日)

・受付開始時間 AM 9:30

・講義開始時間 AM 1000 ~ PM 1600 (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	
---------------------	---	-------------------	---	-----------------	--

★振入口座の選択 ※当日現金受渡し不可 ※正規受講料・5000円 ※振入期限 平成29年11月24日(金)	銀行振込 楽天銀行 ダンス支店(208) 普通 7022016 株式会社 フロム・ア・ヴィレッジ	郵便振込 17700-15994461 株式会社 フロム・ア・ヴィレッジ
○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