

第101回(平成31年度 第1回)育てる会 自閉症啓発セミナー 参加申込書

日時 2019年5月18日(土) 主催: 特定非営利活動法人 岡山県自閉症児を育てる会、共催: 赤磐市

| | | | | | |
|-----------------------------------|--|--|--------|--|-------------|
| フリガナ お名前 | | | | | |
| ご住所 | 〒 | | | | (自宅 ・ 職場) |
| 携帯TEL: | | | | | |
| 自宅TEL: | | | 自宅FAX: | | |
| 職場TEL: | | | 職場FAX: | | |
| 質問欄 (吉田友子先生にお聞きしたいことがあればお書きください。) | | | | | |
| | | | | | |
| 所属・職場・学校名 | (赤磐市在勤の方は職場名を必ずご記入下さい。) | | | | |
| それぞれ ○で囲んで ください | 赤磐市在住・赤磐市在勤・育てる会正会員・育てる会賛助会員・一般・学生 | | | | |
| | 自閉症者本人・保護者(幼児・小・中・高・大・成人)・家族(兄弟・祖父母・その他) | | | | |
| | 幼稚園・保育園・特別支援学校(幼稚部・小学部・中学部・高等部) | | | | |
| | 小学校(通常級担任・支援級・支援員)・中学校(通常級担任・支援級・支援員) | | | | |
| | 高校/大学()・放課後デイ・児童発達支援・福祉施設() 医療(医師・看護師・保健師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・臨床心理士)・ 行政(教育委員会・議会委員・社会福祉課・保健師)・地域一般・その他() | | | | |

① **申込** 定員に達した場合は、上記より早くに申込を終了することもあります。) 定員: 250名
上記参加申込用紙FAX・郵便・メール・TELにてお申し込みください。

申込先 〒709-0826 岡山県赤磐市和田 194-1 岡山県自閉症児を育てる会
電話 086-955-6758 FAX 086-955-6748 メール acz60070@syd.odn.ne.jp
締切: 5月16日(木)

② **参加費振込**

申込後、所定の参加費を下記の口座に振り込んでください。振込み確認後、受付完了となります。
確認が取れた方には、順次参加証をお送りします。無料の方も、必ず申し込みください。

| 所 属 | 一 般 | 学 生 | 育てる会賛助会員 | 育てる会正会員 | 赤磐市在住・在勤者 |
|-----|--------|--------|----------|---------|-----------|
| 料 金 | 3,000円 | 1,000円 | 2,000円 | 無料 | 無料 |

| |
|---|
| <p>中国銀行 <small>あかいわ</small> 赤磐支店 (普通口座) 口座番号 1369120</p> <p>名義: 特定非営利活動法人岡山県自閉症児を育てる会</p> <p style="text-align: right;">※依頼人名…参加される方の氏名(ATMでのお振込みが簡単です)</p> |
|---|

※ **キャンセル時の返金について**

ご都合によるキャンセルの場合、事務手数料500円を引いた金額をお返しいたします。(期限: 5月16日まで)
返金先の銀行口座をご記入の上、FAXまたはメールにてご連絡ください。無料の方も連絡をお願いします。
なお、5月17日以降は、申し訳ありませんが原則として返金することができません。