

第95回(平成29年度 第5回)育てる会 自閉症啓発セミナー 参加申込書

【 赤磐市 子ども・障がい者相談支援センター 特別講演 】

日時 平成30年2月17日(土)

主催：赤磐市、特定非営利活動法人 岡山県自閉症児を育てる会

| | | | | | |
|---|--|--|-------------------------|--|--|
| フリガナ お名前 | | | | | |
| ご住所 | 〒 (自宅 ・ 職場) | | | | |
| 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・放課後デイ・児童発達支援・福祉施設 () | | | | |
| | 小学校(通常級担任・支援級・コーディネーター・支援員) | | | | |
| | 中学校(通常級担任・支援級・コーディネーター・支援員) 高校/大学 () | | | | |
| 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。

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：2月15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 |

あかいわ
中国銀行 赤磐支店 (普通口座) 口座番号 1369120

名義：特定非営利活動法人岡山県自閉症児を育てる会

※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)

※ 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：2月15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、**2月16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。**