

送信先⇒ 028-612-7610

第39回自閉症支援セミナー「本田秀夫先生講演会」6月30日(土)

参加申込書

1. 受付名簿を五十音順に作成しますので、氏名のふりがなを必ずご記入ください。
2. 緊急時の連絡のために、電話番号またはFAX番号をご記入ください。
3. 学生(学生証提示)または栃木県自閉症協会の会員の方は、必ず○をつけてください。  
参加費が割引または無料になります。
4. 定員に達してご参加いただけない方には、こちらからご連絡いたします。
5. 個人情報はこのセミナーの名簿作成の目的の範囲内でのみ使用させていただきます。

| NO | 氏名 | ふりがな | 該当する方は<br>○でかこむ         | 所属先(職場・親の会など)/ご職業<br>緊急連絡先電話(またはFAX)番号 |
|----|----|------|-------------------------|--|
| 1  |    |      | 県自閉症<br>協会会員<br><br>学 生 | 電 話                                    |
|    |    |      |                         | F A X                                  |
| 2  |    |      | 県自閉症<br>協会会員<br><br>学 生 | 電 話                                    |
|    |    |      |                         | F A X                                  |
| 3  |    |      | 県自閉症<br>協会会員<br><br>学 生 | 電 話                                    |
|    |    |      |                         | F A X                                  |
| 4  |    |      | 県自閉症<br>協会会員<br><br>学 生 | 電 話                                    |
|    |    |      |                         | F A X                                  |
| 5  |    |      | 県自閉症<br>協会会員<br><br>学 生 | 電 話                                    |
|    |    |      |                         | F A X                                  |
| 6  |    |      | 県自閉症<br>協会会員<br><br>学 生 | 電 話                                    |
|    |    |      |                         | F A X                                  |
| 7  |    |      | 県自閉症<br>協会会員<br><br>学 生 | 電 話                                    |
|    |    |      |                         | F A X                                  |