**自閉症セミナー２０１９　～基礎講座～**

**《申込書》**

* **申込み**

　　下記に漏れのないようご記入の上、FAXまたは郵送で「東やまたレジデンス　自閉症セミナー担当」までお送りください。　**（締切日　2019年10月1日（火）必着）**

　　福祉機関等に所属する支援者を対象としたセミナーです。必ず勤務先（所属）をご記入ください。

* **受講の通知**

申込締切り後に、選考により受講者を決定します。選考結果は申込者全員へ郵送にて連絡します。

* **受講料**

　　受講料は、1日目受付にてお支払いください。（支払い後の払い戻しはいたしませんのでご注意ください）

* **その他**

複数名で申し込まれる場合は、お手数ですがコピーして一人1枚ずつでお申込みください。

**ＦＡＸ　０４５（５９１）２７６８**

**（社福）横浜やまびこの里　東やまたレジデンス　　自閉症セミナー担当**

**〒224-0024　　横浜市都筑区東山田町270番地**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ  氏　名  （　　　　　歳代） | 勤務先/所属 | |
| 職名/職種  （　　　　　年目） | |
| 自宅住所  〒  　TEL  　FAX  e-mail | 勤務先住所  〒  　TEL  　FAX  e-mail | |
| 受講についての連絡先　＊どちらかに○をつけてください | | 自宅　　／　　勤務先 |
| このセミナーに応募する理由と期待すること（６００～８００字） | | |

※申込通知が届いていない場合があります。ＦＡＸ送信後、必ず受付受理確認をＴＥＬにてお願いいたします。