

講演会 参加申込書

お申込み締め切り：1月5日（金）

お名前	所属・団体など	所属機関	お住まいの地域
	<input type="checkbox"/> 一般・家族・当事者 <input type="checkbox"/> 幼稚園・保育園 <input type="checkbox"/> 教育関係 <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 医療関係 <input type="checkbox"/> その他（ ）		市町村名
	<input type="checkbox"/> 一般・家族・当事者 <input type="checkbox"/> 幼稚園・保育園 <input type="checkbox"/> 教育関係 <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 医療関係 <input type="checkbox"/> その他（ ）		市町村名
	<input type="checkbox"/> 一般・家族・当事者 <input type="checkbox"/> 幼稚園・保育園 <input type="checkbox"/> 教育関係 <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 医療関係 <input type="checkbox"/> その他（ ）		市町村名
	<input type="checkbox"/> 一般・家族・当事者 <input type="checkbox"/> 幼稚園・保育園 <input type="checkbox"/> 教育関係 <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 医療関係 <input type="checkbox"/> その他（ ）		市町村名
	<input type="checkbox"/> 一般・家族・当事者 <input type="checkbox"/> 幼稚園・保育園 <input type="checkbox"/> 教育関係 <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 医療関係 <input type="checkbox"/> その他（ ）		市町村名

- ◆ 先着順です。定員(30名)に達した場合はお断りさせていただきます。
- ◆ お断りの場合のみご連絡いたします。
- ◆ FAXでのお申し込みが難しい場合は、わっふるに電話かメールでお申込みください。

お申込み・お問い合わせ

熊本県北部発達障がい者支援センター ‘わっふる’

担当：小平

住所：熊本県菊池郡大津町室 213-6 さくらビル 2階 C号

TEL：096-293-8189 FAX：096-293-8239

E-mail：shien@basil.ocn.ne.jp