**令和４年度第１回**

**秩父学園自閉スペクトラム症子育て支援セミナー 受講申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①氏　　名 | |  | | | ③ 性  　別 | 男　・　女 |
| ②ふりがな（氏名） | |  | | |
| ④住所 | 〒 | | | | | |
| ⑤電話番号 |  | | ⑥E-mail |  | | |
| ⑦下記の該当する項目(数字)に○をつけてください。 | | | | | | |
| 1. ご家族（お子様の年齢：　　　 歳） 2. 保育士 3. 福祉施設職員  　4. 医療関係職員 5. 教職員 6. 行政職 7. その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| ◆納入告知書の宛名と住所が上記と異なる場合（勤務先等）はご記入下さい | | | | | | |
| ⑧住所 | 〒 | | | | | |
| ⑨名称 |  | | | | | |
| ⑩電話番号 |  | | ⑪E-mail |  | | |

　※当日やむを得ない事情によりセミナーを中止する場合など、緊急の際、上記電話番号及びメールアドレスに

　　ご連絡します。

**◆締め切り日**：**令和４年７月１３日（水）**

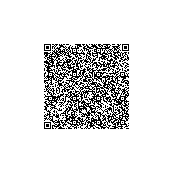
**◆申込み方法：**

**【パソコン】**

秩父学園ホームページより、本申込書（Word形式）にご記入の上、メールにデータを添付してお送り下さい。

メールアドレス　chousa-chichibu＠rehab.go.jp 秩父学園ホームページ<http://www.rehab.go.jp/chichibu/>

**【スマートフォン・タブレット】**

　・下記QRコードを読み取り、メールアプリを起動し、必要事項を記入してお送り下さい。

　・QRコードの利用ができない場合は、件名を「子育て支援セミナー申込み」とし、本文に上記内容（①～⑪）をご記入の上、上記メールアドレスにお送り下さい。

**【スマホ・タブレット用QRコード】**

**【郵送】**　この用紙に必要事項を記入してお送り下さい。締め切り日必着でお願いいたします。

◆書類送付及びお問い合わせ先：〒３５９－０００４　所沢市北原町８６０

国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局　秩父学園　地域支援課

　　　　　　　　　　　　　　　　電話:04-2992-5186（地域支援課直通） E-mail： chousa-chichibu＠rehab.go.jp