

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) | | | | 性別 | |
| 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