



FAX番号（093-922-5523）

平成29年2月11日（土・祝日）

「発達障害者支援のための就労セミナー」参加申し込み

参加申込者氏名		あてはまるものを ○で囲んで下さい	所属機関名 (支援者のみ)	代表者 に○を 記入
①（フリガナ）		当事者、家族、支援者、 企業、その他		
②（フリガナ）		当事者、家族、支援者、 企業、その他		
③（フリガナ）		当事者、家族、支援者、 企業、その他		
④（フリガナ）		当事者、家族、 支援者、企業、その他		
申込 代表 者	住 所	〒		
	FAX番号		電話番号	
※ 手話通訳、要約筆記を希望される方は○を記入してください。 手話通訳（ ）、 要約筆記（ ）				

●申込方法

上記にご記入の上、FAXにてお申込みいただくか、または、上記の申込書内容を往復はがきか E-mail でお知らせください。 ※締め切りは、2月3日（金）です。申し込み多数の場合は抽選となります。参加可否通知が2月8日（水）までに届かない場合は、お手数ですが下記までお知らせください。

●個人情報保護について

当申込書の内容につきましては、本研修開催の目的以外には使用いたしません。

<お問い合わせ先>

北九州市発達障害者支援センター「つばさ」

TEL・FAX：093-922-5523

E-mail：kitakyu.tsubasa@jcom.home.ne.jp

（担当：金光・中村）