

お申し込み用紙

倉敷発達障がい者支援センター宛て

第10回 くらしき発達障がい支援フォーラム

FAX 送信票

FAX. 086-464-3980

ふりがな 氏名	電話番号	FAX 番号	ご所属
			<input type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> 家族・親族 <input type="checkbox"/> 福祉関係 <input type="checkbox"/> 教育関係 <input type="checkbox"/> 医療関係 <input type="checkbox"/> その他
			<input type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> 家族・親族 <input type="checkbox"/> 福祉関係 <input type="checkbox"/> 教育関係 <input type="checkbox"/> 医療関係 <input type="checkbox"/> その他
			<input type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> 家族・親族 <input type="checkbox"/> 福祉関係 <input type="checkbox"/> 教育関係 <input type="checkbox"/> 医療関係 <input type="checkbox"/> その他
			<input type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> 家族・親族 <input type="checkbox"/> 福祉関係 <input type="checkbox"/> 教育関係 <input type="checkbox"/> 医療関係 <input type="checkbox"/> その他

☑ 締切：12月13日（金）

※参加券等は発行いたしませんので、ご了承ください。 ※申し込みが入場定員を超えた場合にのみ、ご参加いただけない旨を連絡させていただきます。
 ※いただいた個人情報は、本フォーラムの運営に使用し、第三者に開示することはありません。

◆ 講師にご質問のある方は、こちらにご記入下さい。できる限り講演中に講師にお答えいただきます。

★地図

