

ペアレントメンター事業 インストラクター養成研修会 お申込用紙

自治体または発達障害者支援センター名: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_

申込受理返信用メールアドレス: \_\_\_\_\_

参加者氏名(ふりがな)①<代表者>: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

担当業務(ご所属): \_\_\_\_\_

当日連絡先(携帯番号など): \_\_\_\_\_

参加者氏名(ふりがな)②: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

担当業務(ご所属): \_\_\_\_\_

**参加者合計** \_\_\_\_\_ **名**

昼食は会場で食べることができます。ご持参ください。

○研修へのご要望等ございましたら、ご記入ください。

送り先 FAX 0952-36-8752  
e-mail [info@autism-soreiyu.com](mailto:info@autism-soreiyu.com)