2014年子どもの発達集中講座 申込書（FAX：011-387-0611）

申込日:2015年　　月　　日
※受付日:2015年　　月　　日

「子どもの発達集中講座」を成功させる会事務局行き
〒069-0852　江別市大麻東町15-11本のカナリヤ　ＴＥＬ　011-387-0001

※受講番号	

（注意）黒のボールペンでご記入下さい。
（FAXにはっきりと読み取れるようにお願いします）　※印は記入不要です

ふりがな お名前 （性別）	（ 男 ・ 女 ）
連絡・ 受講票 送付先	〒　　－ ご住所 （ご自宅 ・お勤め先 ・ 他　　）
	TEL　（　　） FAX　（　　） メール
お勤め先	職場名 TEL　（　　）　FAX　（　　）
職種	教師（養護学校、特別支援学級（小 ・ 中）、 小 ・ 中 ・ 高 ・ 養護教諭）、学校教育指導員、 寄宿舎指導員、保育士、 幼稚園教諭、 福祉施設職員、 父母、 他（　　）

領収書 について	☐ 指定あり →　→　→	あて名
	☐ 特に指定なし →受講生名／入金日／合計金額（内訳記載） で、記入いたします。	日 付　・日付指定　　月　　日　・日付入れない 但 書（該当するものに○） ・「受講料ほか」と記載（内訳記載します） ・受講料で1枚、弁当代で1枚必要 ・その他（　　）
	☐ 領収書不要	

パートナー記入欄		※		※
注）パートナー様のお申込書は別途必要です		※		※

茶話会のお申込み		お申込み
茶話会	会費:300円（飲物・茶菓つき、当日支払い）　※定員25名になり次第締め切ります	

お申込み内容		金額（1人分）
受講料	一般：5，000円、 パートナー割：4，800円、 全障研割：4，800円	円
お弁当	7／12（日）昼食分　650円（税込）　＊希望される方のみ	円
	合計金額	円

受確　入金　荷　発

村上公也先生へのご質問があればお寄せ下さい。
事前に先生にお伝えして、できるだけ講義に反映していただきます。