

# 2016年子どもの発達集中講座 申込書 (FAX : 011-387-0611)

申込日: 2016年 月 日  
 ※受付日: 2016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)、学校教育指導支援員、寄宿舎指導員、保育士、幼稚園教諭、児童発達支援事業所職員、保護者、他( )		

領収書 について  *必要な のみ発行	<p>お振り込みの場合は振り込み明細書やATMのご利用明細票をもって領収書の発行に代えさせていただきます。領収書をご希望される方は下記の当てはまるところにチェックを入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 記入項目に指定なし → 受講生名 / 入金日 / 「2016年子どもの発達集中講座(H28.10.22開催) 受講料(他)として(*振込の場合「平成28年〇月〇日ゆうちょ銀行振込」を追記) / 合計金額 (内訳記載) で、記入いたします。</p> <p><input type="checkbox"/> 記入項目に指定あり (指定項目にチェックを入れてください。指定がない部分は上記に準じます。)</p> <p><input type="checkbox"/> 宛名に指定あり: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 但し書きに指定あり: ・「受講料として」1枚、「弁当代として」1枚 分けて発行する                  ・そのほか( )</p>		
---------------------------------	--	--	--

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		※		※

お申込み内容		金額(1人分)
受講料	一般 : 5,000円、複数申し込み : 4,800円、全障研会員様 : 4,800円	円
お弁当	10/22(土)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

---



---



---



---



---