**自閉スペクトラム症の感覚と運動の問題への対応-2day-**

**申込用紙 ＦＡＸ送信　0952-60-5756**

 ＊入金日

/

**■ 佐賀会場【独立行政法人国立病院機構　佐賀病院　4F研修ﾎｰﾙ】**

・受付開始時間　9：30

・講義開始 10:00～　講義終了予定 16:00

|  |  |
| --- | --- |
| **◎　開催日　2020年3月14日（土）～15日（日）** |  |
| ふ り が な | 　 | 年齢 | 性別 |
| お名前  | 　 |  |  |
| 連絡先 | 住所 | 〒　 |
| ＴＥＬ | 　 | ＦＡＸ | 　 |
| **緊急連絡先（携帯）**　※必ずご記入ください | ＴＥＬ |  |
| ※お申込み者と参加者は必ず一致のこと。（代替者の場合、事前の連絡が必要です。） |
| 勤務先 | 団体名 | 　 |
| 住所 | 〒 |
| ＴＥＬ | 　 | ＦＡＸ | 　 |
| 職種 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **★振込口座の選択****※正規受講料・21,500円****（内：資料代1,500円含む）****※振込期限　2020年 2月 28日（金）****★当日現金受け渡し不可★** | **銀　行　振　込****楽天銀行　　ダンス支店（208）普通　7022016名義　：　株式会社　ﾌﾛﾑ･ｱ･ｳﾞｨﾚｯｼﾞ** | **郵　便　振　込****１７７００－１５９９４４６１　名義:：（株）フロム・ア・ヴィレッジ** |
| ○をつけてください→ |  |  |
| **※振込手数料について　　　　　　：お客様のご負担となりますのでご了承ください。****※ご入金後のキャンセルについて　：セミナー当日から７日前日のお客様の都合でのキャンセルの場合、****いかなる理由でもセミナー受講料金の返金は致しかねます。ご了承ください。** |
| 領収証が必要な場合の宛名 |  | 　　　（※領収証は当日会場の受付でのお渡しとなります。） |

|  |  |
| --- | --- |
| **備考欄** | **※FAXでのご連絡が不可の場合は　ここにご連絡先をご記入下さい。** |

※お寄せいただきました情報は、セミナーのご案内以外には使用いたしません。**（株）フロム・ア・ヴィレッジ**