

(別紙様式)

FAX 番号 019-601-3208

岩手県立療育センター 行

平成30年度岩手県立療育センター療育研修会

受講申込書

【一般参加の方用】

氏名	
住所	
連絡先 TEL	
連絡先 FAX	

【職場用】

所属	
住所	
連絡先 TEL	
連絡先 FAX	

職名	ふりがな 氏名	性別	経験 年数	駐車場 利用	備考
		男・女	年 月	有・ 無	
		男・女	年 月	有・ 無	
		男・女	年 月	有・ 無	
		男・女	年 月	有・ 無	
		男・女	年 月	有・ 無	

- ※ 該当欄に必要事項を記入、または○印で表示してください。
- ※ 手話通訳をご希望される方、車いすで参加される方は、備考欄にその旨をご記入ください。
- ※ お申込みは、FAX・郵送にて9月25日(火)必着でお願い致します。なお、先着順になりますので、申込みの際は県立療育センターホームページ「お知らせコーナー」で、申込み状況をご確認の上、お申込みくださいますようお願い致します。 <http://www.i-ryouiku.jp>