

FAX 送信票

(送信先 長野県心理リハビリテーションの会 026-214-7342)

同様の内容をご記入いただき、メールにて申し込みいただくことも可能です

月例会参加申込書 (研修者用)

平成 年 月 日

ふりがな お名前	性別 男 ・ 女
勤務先・所属	
連絡先 (☎) (メール)	(自宅 ・ 所属先) (自宅 ・ 所属先)
動作法に関する経験の有無をお聞かせください ※該当する項目にチェックをお願いします	
<input type="checkbox"/> 日本リハビリテーション心理学会認定のトレーナー資格有り	<input type="checkbox"/> 宿泊訓練キャンプ参加経験有り (参加回数 回)
<input type="checkbox"/> 動作法に関わる研修会への参加経験有り	<input type="checkbox"/> 未経験
<input type="checkbox"/> その他 ()	
参加したい月例会	長野 ・ 松本 ・ 小諸 いずれかに○をしてください
差し支えなければ、参加の理由をお聞かせ下さい (自由記入)	

月例会参加申込書 (子ども用)

平成 年 月 日

ふりがな お子さんのお名前	年齢 歳	性別 男 ・ 女
学校・所属 (学年)	ふりがな 保護者名	
障がい名・障がいの様子	連絡先 (☎) (メール)	
参加したい月例会	長野 ・ 松本 ・ 小諸	いずれかに○をしてください
差し支えなければ、現在お困りのことや参加の理由についてお聞かせ下さい (自由記入)		