【 子供の城障がい児教育特別相談会　申込書 】

子供の城親の会会員の方は、右を○で囲んでください　　会 員

＊勤務先住所（ ご自宅に返信をご希望の方は　自宅　と明記の上、自宅ご住所をお書きください　）

送り先　*FAX*：*06−6304−5664*

氏　　名		勤務先		職　種	
＊勤務先住所	〒	勤務先 または 自宅電話番号（○で囲む） FAX番号			
申 込 日	2014年　　7 月　　日　　曜日				

〈 個 別 相 談 内 容 〉