【 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、右を〇で囲んでください　　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（〇で囲み記入） 電話番号 FAX番号		
申 込 日	2018年　7 月　日　曜日			

〈 個 別 相 談 内 容 〉 ＊優先順に番号を付けご記入ください

子供の城協会
理事長 安藤 忠