

# 平成30年度 第1回WISCⅣ検査法研修会 参加申込書

公益財団法人大阪特別支援教育振興会 様

申 込 者	フリガナ	
	申込者	
	所属	
	所属電話	(            )
連 絡 先	(        ) 自宅 (        ) 勤務先    ※ 受講票、抽選結果などをお送りします。	
	住所	(〒        )
	電話	(            )
	FAX	(            )
	Eメール	※ 宜しければご記入ください。
WISCⅢ 研修会の受講	※ 該当する番号に○印をつけてください。 1 WISCⅢ検査法研修会を受講した。(平成        年度) 2 WISCⅢ検査法研修会を受講していない。	
申込日	平成 30 年        月        日	

- ① 申込みの締め切りは、平成30年6月4日(月)です。
- ② 申し込みのFAX番号は、 06(6621)4654 です。
- ③ 必要な葉書などは、連絡先の住所にお送りします。

《 問い合わせ先 》 公益財団法人大阪特別支援教育振興会

545-0021

大阪市阿倍野区阪南町5-15-28

FAX:06(6621)4654

電話:06(6621)1903