

## 平成30年度 第2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、抽選結果等をお送りします。	
	住所	(〒       ) ※自宅か勤務先をご記入ください。
	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	
<p>① 申込みの締め切りは、平成30年11月30日(金)です。</p> <p>② 申し込みのFAX番号は、 <u>06(6621)4654</u> です。</p> <p>③ 必要な葉書などは、書かれた住所にお送りします。</p> <p>《 問い合わせ先 》 公益財団法人大阪特別支援教育振興会          常務理事 吉田敏朗          545-0021          大阪市阿倍野区阪南町5-15-28</p> <p style="text-align: center;">FAX:06(6621)4654      電話:06(6621)1903</p>		