

平成31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

フリガナ	
申込者名	
住 所	(〒) ※自宅か勤務先をご記入ください。
() 自宅	
() 勤務先	
自 宅 電 話	()
自 宅 FAX	()
所 属 名	
所属先電話	()
所属先FAX	()
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) 1 WISCⅢ検査法研修会を受講していない。
申 込 日	令和元 年 月 日

- ① 申込みの締め切りは、令和2年1月10日(金)です。
- ② 申し込みのFAX番号は、 06(6621)4654 です。
- ③ 必要な葉書、文書などは、書かれた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