

# — 平成30年度 発達障害教育シンポジウム 参加申込書 —

## 申込方法

以下の①または②によりお申込みください。

定員になり次第  
締切りとなります

### ① 電話による申込み【平日午前10時から午後5時まで】

氏名、連絡先など、別添参加申込書に記載の必要事項をお電話でお申し出ください。

### ② 参加申込書の送付による申込み

本参加申込書に必要事項を御記入の上、ファクシミリ、郵送、Eメールのいずれかにより御送付ください。

※ Eメールの件名は、「発達障害教育シンポジウム申込み」としてください。

申 込 先	発達障害教育シンポジウム事務局（株式会社 ディーワークス 内）
T E L	03-5835-0388
F A X	03-5835-0296
住 所	〒111-0052 東京都台東区柳橋1-5-8 柳橋ビル3F
E メール	<a href="mailto:kyoiku@d-wks.net">kyoiku@d-wks.net</a>

## 記載事項

※同伴者（席が必要なお子様含む。）がいる場合は、「同伴者」欄に人数等を記入してください。

※御提供いただいた個人情報は、本シンポジウムの申込受付、実施連絡以外では使用しません。

代 表 者	カナ							
	氏名							
参 加 者 種 別	参加者種別	<b>当てはまるもの全て</b> に○を付けてください。 保護者(就学前幼児) ・ 保護者(小学生) ・ 保護者(中学生) ・ 保護者(高校生) 教職員(保育所含む) ・ その他教育関係者 ・ 障害者団体( ) ・ その他( )						
	人数	人						
同 伴 者	参加者種別	<b>同伴者について、参加者種別ごとの人数</b> を記入してください。						
		就学前幼児	小学生	中学生	高校生			
		保護者 (就学前幼児)	保護者 (小学生)	保護者 (中学生)	保護者 (高校生)			
		教職員 (保育所含む)	その他教育 関係者	障害者団体	その他			
代 表 者 連 絡 先	申込事項の確認の際の御連絡先として、 <b>日中に連絡が可能な電話番号</b> を記入してください。							
	電 話							
	整理番号を通知しますので、 <b>御連絡先をいずれか1つ</b> 記入してください。							
	住 所							
	F A X							
Eメール								
参 加 希 望 日	参加希望日	<b>いずれか1つ</b> に○を付けてください。						
		1月26日(土)	会場：なかのZERO 小ホール	定員：500人				
		2月10日(日)	会場：たましんRISURUホール	定員：500人				