

学研メディカルサポート

もしかしたら発達障害？ ～基礎知識から支援の方法まで～

2018

WEB <https://gakken-meds.jp/koen/>

FAX 03-6431-1414

学研メディカルサポート

検索



STEP 1

申込書に必要事項を記入し、WEBもしくはFAXでお申し込みください



STEP 2

回答を、WEB申し込みの方はメールで、FAX申し込みの方はFAXで返信します



STEP 3

代表者へ参加証を郵送します。講演当日は、参加証をご持参のうえ、受付にご提出ください

ご注意

- *参加される方全員のお名前をご記入ください。
- *お申し込みは、先着順とし、定員になりしだい締め切らせていただきます。ご希望により、キャンセル待ちとしてお預かりいたします。
- *1施設につき2名様までの参加となります。

参加申込書 (FAX用) 1施設につき2名様までの参加となります

会場	10月6日(土) 福岡	合計参加人数 (〇印をご記入ください) 1名 または 2名
----	----------------	----------------------------------

【個人情報の取扱いについて】

本講演をお申込みに記載の個人情報につきましては、①講演の参加受付・連絡、②商品・サービスのご案内や企画開発、に利用致します。本講演をお申込みに際し、小社ホームページ 個人情報について (<https://gakken-meds.jp/privacypolicy>) に同意の上、お申し込みください。

■個人情報の取扱いについて 同意します 同意しません
問い合わせ先：弊社 個人情報管理者 (電話：03-6431-1228)



フリガナ			
(代表者) 氏名	様 (女性・男性)		
勤務先			
所属			
役職名	経験年数		
住所	〒 - 1. 勤務先 2. ご自宅 (ご連絡先となりますのでどちらかに〇をつけてください)		
日中連絡がとれる連絡先 TEL	() <勤務先・ご自宅・携帯>	連絡先 FAX	() ※FAX 番号も必ず記入してください
Eメール アドレス			
受講No.			(事務局使用欄)

フリガナ			
氏名	様 (女性・男性)		
勤務先			
所属			
役職名	経験年数		
住所	〒 - 1. 勤務先 2. ご自宅 (ご連絡先となりますのでどちらかに〇をつけてください)		
日中連絡がとれる連絡先 TEL	() <勤務先・ご自宅・携帯>	連絡先 FAX	() ※FAX 番号も必ず記入してください
Eメール アドレス			
受講No.			(事務局使用欄)

小社からの回答・返信

お申し込みいただき、ありがとうございました。

10月6日(土)
福岡

講演名：もしかしたら発達障害？ ～基礎知識から支援の方法まで～ 合計参加人数： 名

- ご予約を承りました
- 満席のため、キャンセル待ちでお預かりいたします
- 満席かつキャンセル待ち多数のため、お預かりできません (キャンセル待ち不可)

※状況が変わりましたらご連絡いたしますが、ご希望に添えない場合もございますのでご了承ください