



# FAX申し込み

発達障害者支援センターパース 行

**FAX 076-257-1916**

◆ 該当するものに☑をお願いします。

①  ご家族

②  福祉関係者

③  司法関係者

④  教育関係者

⑤  その他

◆ 上記①以外の方は所属先の記入をお願いします。

所 属 先	
-------------	--

◆ お名前をお願いします。(複数も可)

--

◆ 電話またはメール等、急な変更(天候不良等の変更)があった場合の連絡先を記入ください。

※複数の申し込みの場合は代表の方の連絡先をお願いします。

--

※ 頂いた個人の情報に関しては取り扱いには十分注意し、終了時には破棄いたします。