

自閉症特別講座受講願

川崎医療福祉大学
社会連携センター長 殿

自閉症特別講座を受講したいので、申し込みます。

年 月 日

ふりがな			
氏 名		男 ・ 女	
生年月日		昭和 ・ 平成 年 月 日生 (歳)	
自宅について	住 所	〒 ー 都 道 市 区 府 県 郡	
	電話番号	自宅： ー ー	携帯： ー ー
	FAX番号	ー ー	
	メールアドレス	@	
現 職 (具体的に記入してください)	企業名 (施設名)	職 名	
応募の動機・理由			
自閉症との関わり・経験等			

・ 記入された内容は、自閉症特別講座以外に利用することはありません。