

申込書

(一般社団法人) 障がい児成長支援協会福島支部

『ミライムキッズアカデミー福島西中央教室』講演会係

ふりがな

氏 名 : _____ 保護者・その他

参加人数 :

他参加者氏名 _____

〒

住 所 : _____

自宅又は携帯電話の番号をご記入下さい

連絡先 : _____

ご記入の個人情報は当講演会の申し込みにものみ利用させて頂き、その他に利用することは一切ありません。

送信先：講演会事務局：『ミライムキッズアカデミー福島西中央教室』

FAX：024-502-2282 （担当：岡部）

電 話：024-502-2082