

療育講座申込用紙

Fax 送信先 ; 942 - 8501 北部地域療育センター

F A X 番号のお間違えのないようにお願いいたします。

申し込み日： 月 日

お子さんのお名前 _____

学齢児 学年 年 就学形態（普・個・通級・特別支援学校）

開催日	テーマ（ご希望の回に をしてください）	参加人数	参加者氏名（続柄）
5 / 31 (月)	療育の基本		()
6 / 22 (火)	自閉症の基礎知識		()
7 / 12 (月)	子どもの心を覗いてみよう		()
9 / 15 (水)	就学に向けて		()
9 / 29 (水)	運動発達障害の基礎知識		()
10 / 26 (火)	発達障害の思春期に向けて		()
11 / 12 (金)	子どもに障害を告知すべきか？		()
11 / 18 (木)	療育の基本		()
12 / 14 (火)	高機能自閉症の基礎知識		()
1 / 17 (月)	家庭で教える対人スキル ～アスペルガー子育て7か条～		()

【 横浜ラポールへのアクセス 】

* JR・市営地下鉄「新横浜駅」から徒歩10分



< 保育申し込み方法 >

下記参照のうえ、申し込み期間中に、必ず往復はがきで申し込みください。申し込み多数の場合抽選で決めさせていただきます。結果は返信はがきでお知らせいたします。

あて先 : 〒224-0062 横浜市都筑区葛が谷 16 番 3 号
横浜市北部地域療育センター 療育講座保育係

保育申し込み

1. 希望される日時・療育講座名
2. 北部センターご利用のお子さんの名前
3. 保護者名
4. 保育を希望するお子さんの名前・年齢
5. ご自宅電話番号

50

--	--	--	--	--	--	--	--

~ 返信 ~

ご自分のお名前とご住所を
ご記入ください