

北海道北見支援学校

FAX送信票は不要です。このまま送信してください。

夏季研修会申込書

FAX番号 (0157) 61-0047

申込者名	
所属機関名	
連絡先(電話)	
参加希望に○印をご記入ください。	
<input type="checkbox"/> 部会A 「はじめての『田中ビネー知能検査V』」 (定員10名)	
<input type="checkbox"/> 部会B 「はじめての『改訂版鈴木ビネー知能検査』」 (定員10名)	
<input type="checkbox"/> 部会C 「遠城寺式・乳幼児分析的発達検査」 (定員20名)	
<input type="checkbox"/> 部会D 「PVT-R 絵画語い発達検査」 (定員10名)	
<備考>	
◇各部会ごとに定員になり次第、締め切らせていただきます。	

○恐れ入りますが、準備の都合上、7月21日(金)までにご連絡ください。

○勤務先に受講希望される検査器具がある場合(田中ビネーV、改訂版鈴木ビネー)は、備考欄にその旨ご記入いただきますよう、ご協力をお願いいたします。

