

「ホースセラピー ～子どもたちのコミュニケーションの発達～」

申込書

申込日 年 月 日

団体名			
フリガナ 申込代表者			
住所	〒		
連絡先	TEL		
	e-mail		
フリガナ 参加者氏名1			職業：
フリガナ 参加者氏名2			職業：
フリガナ 参加者氏名3			職業：
フリガナ 参加者氏名4			職業：
昼食(1食：800円) 食数： 食 ※当日現金のみ			
領収書： 有 ・ 無 宛先：			
講習会について質問等ありましたらご記入ください			
申込・問い合わせ先：こころの医療センター五色台 作業療法科 作業療法士 安西博章 TEL：0877-48-2700 FAX：0877-48-2886 e-mail：goshikidaihp@themis.ocn.ne.jp			