**【学習療法センター　行】**

**ＦＡＸ　０３－６８３６－０２６０**

ご意向シート

**該当の番号を○でお囲みの上、見学・説明会開催日の６日前までにＦＡＸで学習療法センターへお申し込みください。**

**１．見学　説明会に参加する**

●ご参加を希望される会場の会場名、開催日をご記入ください。※会場案内図をＦＡＸさせていただきます。

会　場　名

実　施　日

月　　　　　　日

●ご連絡先をご記入ください。　　　　　　　　　　※ご指定のＦＡＸ番号に会場の案内図をお送りします。

|  |  |
| --- | --- |
| 施 設 名 |  |
| ご連絡先 | １．勤務先　　　　２．ご自宅　　　　　　※どちらかに○をお付けください |
| TEL：　　　　　　　　　（　　　　　）　　　　　　FAX：　　　　　　　　（　　　　　）　　　　　 |
| 所 在 地 | 〒 都 道府 県 |
| 施設規模 | 入所者（定員） 　　　　　 名　　通所者（定員）　　　　　　　　　名 |
| フリガナ |  |
| お申込者 | 役職・職種（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

●見学・説明会のご参加を希望される全員の方のお名前等をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| お申込者 | 役職・職種（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| フリガナ |  |
| お申込者 | 役職・職種（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| フリガナ |  |
| お申込者 | 役職・職種（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**２．日程が合わず「見学・説明会」には参加できないが、機会をあらためて学習療法の説明を聞きたい**

**３．学習療法の資料を送付してほしい**

**４． その他**　　　　　　　　　　　　　※どのようなことでもけっこうです。ご意向をご記入ください。

**株式会社公文教育研究会　学習療法センター**

〒108-0074 東京都港区高輪 ４－１０－１８　京急第１ビル１２Ｆ　　　TEL 03-6836-0050　FAX 03-6836-0260