

入会申し込みの注意事項

入会のお申込み

入会をご希望の方は下記の項目にご記入の上、確認ボタンを押してください。
*英数字は半角でご記入ください。

会員区分 必須	<input checked="" type="radio"/> 幼児ことばの教室 <input type="radio"/> 小学校言語通級指導教室 <input type="radio"/> 小学校発達通級指導教室 <input type="radio"/> 難聴教室 <input type="radio"/> 肢体不自由通級指導教室 <input type="radio"/> 中学校通級指導教室 <input type="radio"/> 一般
氏名 必須	<input type="text"/>
所属名 必須	<input type="text" value="例 静岡市幼児言語教室"/>
教室名 (幼児ことばの教室のみ)	<input type="text" value="例 麻機小内幼児言語教室"/>
所属先所在地 必須	〒 <input type="text"/> 都道府県 + 市町村

該当するところに印をつけて下さい。
該当するものがない場合は、『一般』を選択すると、プルダウン式でその他の回答を選ぶことができます。

所属先の名称を記入してください。
静岡市麻機小内幼児言語教室の場合
静岡市幼児言語教室と入力します。
番町小発達通級の場合
静岡市立番町小学校 と入力します。
所属がない場合にはなしと記入してください。

教室名は幼児ことばの教室のみ入力してください。
静岡市麻機小内幼児言語教室の場合
麻機小内幼児言語教室と入力します。

所属先メールアドレス 必須	<input type="text"/>
連絡先メールアドレス 必須	<input type="checkbox"/> 所属先アドレスと同じ場合チェック <input type="text"/>

所属先のメールアドレスがない方は、連絡先メールアドレスと同じアドレスを入力してください。

担当 静岡県言語・聴覚・発達障害教育研究会
事務局広報部 静岡市立番町小学校
TEL・FAX 054-252-8800