

年 月 日

## 日本ダウン症療育研究会 変更連絡用紙

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 月 日

\*変更のありました箇所にご記入ください。

	姓	名
ふりがな		
漢字		
ローマ字		
所属先		
所在地	〒 _____	
	Tel _____	fax _____
自宅住所	〒 _____	
	tel _____	fax _____
e-mail		
職 種	1. 小児科医師 2. その他の医師 ( _____ ) 3. 看護師 4. 保健師 5. 理学療法士 6. 作業療法士 7. 言語聴覚士 8. 保育士 9. 心理士 10. 教員 ( _____ ) 11. 学生 12. その他 ( _____ )	

通 信 先	所 属 先 ・ 自 宅
-------	-------------

### 日本ダウン症療育研究会事務局

〒589-8511

大阪狭山市大野東377-2

近畿大学医学部小児科学教室 篠原 徹

Tel 072-366-0221