

# 『발달장애 자녀를 위한 부모 성교육』 참여 신청서

|                                      |      |      |  |            |  |
|--------------------------------------|------|------|--|------------|--|
| 신청인                                  | 이름   |      |  |            |  |
|                                      | 생년월일 |      |  |            |  |
|                                      | 주소   |      |  |            |  |
|                                      | 연락처  | 전화번호 |  | 이메일        |  |
| 장애인                                  | 이름   |      |  | 신청인과<br>관계 |  |
|                                      | 생년월일 |      |  |            |  |
|                                      | 연락처  | 전화번호 |  | 이메일        |  |
|                                      | 장애   | 유형   |  | 장애정도       |  |
| 프로그램을 통해<br>알고 싶은 내용<br>(자녀 성행동 궁금증) |      |      |  |            |  |

위와 같이 「사춘기 발달장애 자녀를 위한 부모 성교육」 프로그램 참여를 신청합니다.

2024. . .

신청인

서명(인)

경기도 용인시장 귀하