

## Rückantwortfax 07761 / 55 66 – 1079

Teilnehmer / Name: 1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_

Bitte kreuzen Sie an:

Am Workshop **„Autismus-Spektrum-Störung bei Erwachsenen“**  
am **12. Juli 2018, 15:45 – 19:00 Uhr**

nehme/n ich/wir teil; Anzahl der Teilnehmer \_\_\_\_\_

nehme/n ich/wir nicht teil.

Wir bitten Sie um Rücksendung bis spätestens **09.07.2018**

per Fax **07761 / 5566-1079**

oder per E-Mail an **fortbildung@sigma-zentrum.de**.

---

Name / Funktion / E-Mail-Adresse

### Ihre Fragen zum Thema:

- 
- 
-