

発達障害専門職研修 受講申込書

フリガナ 受講申込者氏名	
ご住所	自宅・勤務先（該当するものに○をしてください）
勤務先	常勤・非常勤（該当するものに○をしてください）
職 種	
電話番号	自宅・勤務先 （携帯電話以外の場合は、どちらかに○をしてください）
F A X	自宅・勤務先 （どちらかに○をしてください）
メールアドレス	ゼロやオー、「.」「-」「_」などは、はっきりお書きください。
過年度の発達障害専門職研修受講有無	受講した ・ 受講していない（該当するものに○をしてください）
備 考	日常の勤務の中で発達障害児の支援に関わっておられる内容、またペアトレ・SSTのご経験等ありましたらご記入ください。

【受講希望日】 希望する日に○をしてください。

※ 第1希望のみの記載でもかまいませんが、受講希望者多数の場合は受講いただけない場合がありますので、ご了承ください。

		希 望 日		希望する日に○をしてください
基礎理論研修	第1希望	6/29(土)(京都)	7/12(金)(福知山)	
	第2希望	6/29(土)(京都)	7/12(金)(福知山)	

○ 申込締切は 令和元年6月17日(月) です。（当日消印有効）

○ 受講決定通知書は送付いたしません。希望の内容で受講していただけない場合のみ御連絡いたします。

送付先：〒602-8570 京都市上京区下立売通新町西入藪ノ内町
京都府健康福祉部障害者支援課 福祉サービス・障害児支援担当
(封筒に「発達障害専門職研修 申込書在中」とご記載ください)