

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。

【受講決定通知書の送付方法】 郵送 ・ メール ・ F A X ※希望する送付方法をお選びください。
 ※郵送を希望する場合は、82円切手を貼付の上、宛先を記入した返信用封筒を同封ください。（市町村及び京都府職員除く）

【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もありますので、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	9/22(土)(京都)	10/5(金)(綾部)	
	第2希望	9/22(土)(京都)	10/5(金)(綾部)	

○ 申込締切は 平成30年9月3日(月) です。（当日消印有効）

○ 郵送での通知を希望される場合は、82円切手を貼り、宛先を記入した返信用封筒を同封の上、郵送でお申し込みください。

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）

○ 調整の上、9月中旬には、受講決定書をお送りします。