**送信先　石川県発達障害支援センター**

**FAX　076-254-5533（添書不要）**

**メールアドレス：****hattatsu@pref.ishikawa.lg.jp**

 **申込締切：令和２年６月３０日（火）**

令和２年度発達障害者等相談支援従事者育成研修（上級）参加申込書

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）申込者氏名 |  |
| 所属 |  |
| 職種 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス | ※連絡は原則メールで行いますので、連絡の取りやすいアドレスを記載してください。 |

※受講票の発行はありません。受講の可否については、７月１日以降にメールでご連絡します。

＜実習について＞

7月～10月にかけて、当センター当事者グループに1回参加することとなっています。

つきましては、下記の日程の中で都合の良い日を、第1～第3希望まで記入してください。

（例：第１希望なら『①』と記入）調整結果は第1回研修日（7月30日）にお知らせします。

1回の定員は約4名です。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 8月18日 | 8月25日 | 9月15日 | 10月6日 | 10月13日 |
|  |  |  |  |  |