送信先　石川県発達障害支援センター　髙島　行

ＦＡＸ番号　０７６－２５４－５５３３　（送信票は不要です）

メールアドレス　hattatsu@pref.ishikawa.lg.jp

発達障害者等相談支援従事者育成研修（3日間研修）参加申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 申込者氏名 |  |
| 所属 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 受講希望地域（第1希望第2希望までご記入ください） | 能登　　　　金沢　　　　　（　　）　　　（　　）　　　 |

※　定員を超えた場合は主催者側で調整をさせていただきます。ご了承ください。

初めて3日間研修を受講される方を優先とし、過去に同研修を受講された方、今年度の上級研修を申込みされた方は、申込み状況を見て対象とします。

**平成30年6月22日（金）までにご回答をお願いします。**