送信先　石川県発達障害支援センター

**ＦＡＸ：０７６－２５４－５５３３（送信票は不要）**

**ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：hattatsu@pref.ishikawa.lg.jp**

**申込締切：8月27日（火）**

（申込多数の場合は先着順、受講できない場合のみご連絡いたします）

**令和元年度発達障害者等相談支援従事者育成研修**

**フォローアップ研修公開講演会参加申込書**

**（井上先生）**

代表者

住所

当日の緊急連絡先（電話番号）

**※参加される方全員についてご記入お願い致します**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所　属 | 職　名 | （ふりがな）氏　　名 |
|
|  |  | （　　　　　　　　　　　） |
|  |  | （　　　　　　　　　　　） |
|  |  | （　　　　　　　　　　　） |
|  |  | （　　　　　　　　　　　） |
|  |  | （　　　　　　　　　　　） |

＊受講票の発行はありません。