【要保護児童・保育担当課用】

送信先　石川県健康福祉部障害保健福祉課医療支援グループ　田中行

ＦＡＸ番号　０７６－２２５－１４２９　（送信票は不要です）

**（保育士推薦用）**

発達障害者等相談支援従事者育成研修（3日間研修）

市町名

**（保育士推薦用）**

連絡先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 推薦  番号 | お名前 | 保育所名 | 保育  士歴 | 受講希望地域 |
| 例 | 石川　太郎 | ○○保育所 | ５年 | 能登　　金沢  （　　） （　　） |
| １ |  |  |  | 能登　　金沢  （　　） （　　） |
| ２ |  |  |  | 能登　　金沢  （　　） （　　） |
| ３ |  |  |  | 能登　 金沢  （　　） （　　） |
| ４ |  |  |  | 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。

　なお、推薦順位の高い順にご記入くださいますようお願いいたします。

**（市町関係職員）申込**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| お名前 | ご所属 | 役職 | 受講希望地域 |
|  |  |  | 能登　　金沢  （　　） （　　） |
|  |  |  | 能登　　金沢  （　　） （　　） |
|  |  |  | 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。

【母子保健・発達障害相談・高齢者福祉担当課用】

送信先　石川県健康福祉部障害保健福祉課医療支援グループ　田中行

ＦＡＸ番号　０７６－２２５－１４２９　（送信票は不要です）

発達障害者等相談支援従事者育成研修（3日間研修）

市町名

　　　　　　　　　　　　　連絡先

　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。

　なお、推薦順位の高い順にご記入くださいますようお願いいたします。

**（市町関係職員）申込**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| お名前 | ご所属 | 役職 | 受講希望地域 |
|  |  |  | 能登　　金沢  （　　） （　　） |
|  |  |  | 能登　　金沢  （　　） （　　） |
|  |  |  | 能登　 金沢  （　　） （　　） |
|  |  |  | 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。