**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）**

**メールアドレス：**[**hattatsu@pref.ishikawa.lg.jp**](mailto:hattatsu@pref.ishikawa.lg.jp)

**申込締切：平成2９年6月9日（金）**

平成２９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 | ※受講開始後は原則メールでの連絡となります。 |

※受講票の発行はありません

＜アセスメントツール研修について＞

8月30日と10月23日のアセスメントツール研修は選択制です。希望する方に○を記入してください。両方受講していただいてもかまいません（その場合でも修了書発行要件のコマ数は１コマと数えます）

・8月30日　　　　　・10月23日　　　　　・両日

＜実習について＞

7月～9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（6月30日）にお知らせします。

1回の定員は約４名です。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 7月4日 | 7月18日 | 8月1日 | 8月8日 | 9月19日 |
|  |  |  |  |  |