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）

メールアドレス　noriko-t@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。

**平成２９年６月２３日（金）までにご回答をお願いします。**