**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**

 **申込締切：令和元年６月７日（金）**

令和元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5日と9月30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5日　　　　　・9月30日（概論）　　　　　・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28日）にお知らせします。

1回の定員は約４名です。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ７月9日 | 7月30日 | 8月20日 | 8月27日 | 9月17日 | 10月15日 |
|  |  |  |  |  |  |