**平成　　　年度**

**受講を希望する年度を**

**お書きください**

**受講希望する級に**

**○をつけてください**

**見本**

３１

**大分県発達障がい者支援専門員養成研修再受講申請書（初級・中級・上級）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 初級受講開始年度

３０年度

氏名

０９７－５１３－１８８０

電話番号　　　　　　　　　　　　　　( 自宅・職場 )

０９７－５１３－１８９０

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　　　　　　　　　( 自宅・職場 )

所属

大分県発達障がい者支援センターイコール

所属先住所　(〒　　　　　　　　)

以下の研修を受講できなかったため、再受講を希望いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| **研修名** | **講師名** |
| 例：発達障がい児・者の療育(基礎編) |  |
|  | 大分県発達障がい者支援センターイコールセンター長　　○○　○○　氏 |
|  |  |

|  |
| --- |
| **視察・実習・定例会・事例検討会** |
| 例：初級　　　萌葱の郷　視察研修 | 例：中級　　　めぶき園　実習 |
| 例：上級　　任意事例検討会　2回 |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| 事務局大分県発達障がい者支援センターECOALTEL097-513-1880　FAX097-513-1890E-Mail：ecoal@moeginosato.net |