**年度**

**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

氏　 名

電話番号　　　　　　　　　　　　 　　　自宅・職場

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 FAX 　　　　　　　　 　　　　　　　　自宅・職場

所属

連絡先住所　(〒　　　　　　　　)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　自宅・職場

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** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **視察・実習・定例会・事例検討会** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| 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 |