**年度**

**見本**

**受講希望する級に**

**○をつけてください**

**受講を希望する年度を**

**お書きください**

2020

**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

2019

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　イコール　太郎

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

連絡先住所　(〒870-0047　)

　　　　　　　　　　　　　　　　大分県大分市中島西1‐4‐14　市民の権利ビル202　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** |
| 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ECOAL  TEL097-513-1880　FAX097-513-1890  E-Mail：[ecoal@moeginosato.net](mailto:ecoal@moeginosato.net) |