

講師派遣申込書

令和 年 月 日

下記の研修を実施したいので、センター職員の派遣を申し込みます。

団体名		担当者	
連絡先	住所 (〒 -)		
	TEL - -	FAX - -	
	E-mail @		
研修会等の名称及びテーマ (ねらい)			
研修内容に関する希望 (例：自閉症について／保護者の子どもへのかかわりについて 等)			
研修の形態	(以下、当てはまるものに○を) <input type="checkbox"/> 講義 ・ <input type="checkbox"/> 事例検討会 ・ <input type="checkbox"/> ワークショップ その他 (具体的に:)		
対象者の分野	<input type="checkbox"/> 福祉関係 ・ <input type="checkbox"/> 医療保健関係 ・ <input type="checkbox"/> 当事者家族 <input type="checkbox"/> 教育関係 (小学校・中学校・高校・大学・短大・専門学校) <input type="checkbox"/> 一般 (対象限定なし) その他 (具体的に) 対象人数 (人)		
派遣場所			
派遣希望日時	① 月 日 () : ~ :	② 月 日 () : ~ :	③ 月 日 () : ~ :
その他			

* 太線の枠内を記入して下さい。希望日は必ず2つ以上お書きください。

受付日	派遣職員
備考	

福岡県発達障がい者支援センター (筑後地域) あおぞら
 〒834-0122 福岡県八女郡広川町一條 1361-2
 TEL : 0942-52-3455 FAX : 0942-53-0621
 E-mail : aozora@akasakaen.jp