

※ファックスで受講申込されるときは、この申込書をご利用ください。

<送付先> : 岡山県保健福祉部障害福祉課 福祉推進班 吉實 宛

FAX番号 : 086-224-6520

※申込期限: 平成31年2月8日(金曜日)

平成30年度第3回
岡山県かかりつけ医等発達障害対応力向上研修

(発達障害地域包括支援研修: 精神保健・精神医療) 受講申込書
【平成31年2月17日(日曜日) 13:00~17:00】

次のとおり受講申込します。

項 目		記 入 欄	
1	ふりがな 氏 名	※研修終了後、修了証を交付しますので氏名は正確に記入してください。	
2	連絡先	電話番号	
		FAX番号	
3	職 種 ※該当する方に「○」を付した上で、「診療科」又は「職種」を記載してください。	ア 医師 (診療科)	
		イ その他 (職 種)	
4	勤務(開業・活動)する機関等	機関等の名称	
		所在地	〒
		電話番号	
5	受講上の配慮事項	(※手話通訳や要約筆記など、受講に当たり配慮が必要な事項がありましたら記入してください。)	

(主催者処理欄)	申込受付日	連絡欄