申込先：鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局子ども発達支援課　内藤

ファクシミリ 　0857－26－8136

　　　　 電子メール　 naitou-s@pref.tottori.lg.jp

 申込期限：**８**月**3１**日（月）まで

【発達障がい者相談支援員等研修会申込書】

|  |  |
| --- | --- |
| 所属： | 電話： |
| メール： |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | フリガナ**名前** | **役職** | 参加を希望する回に〇印をつけてください | これまでの参加歴 |
| 第１回 | 第２回 | 第３回 | 第４回 | 第５回 | 初参加 | 参加歴あり |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  | （　　）回目の参加 |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  | （　　）回目の参加 |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  | （　　）回目の参加 |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  | （　　）回目の参加 |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  | （　　）回目の参加 |

＜定員について＞

　今年度は、新型コロナウイルスの感染対策として、各回の定員を先着５０名とさせていただきます。

　参加が可能な回を選択してお申し込みください。

　今年度受講いただけなかった方は、次年度以降の同研修に御参加いただきますようお願いします。

＜研修会中止の場合について＞

　感染症の拡大や悪天候等により、やむを得ず中止する場合があります。

　その場合は、子ども発達支援課のホームページにその旨を掲載し、電話、メール等でご連絡をいたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【問い合わせ先】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　子ども発達支援課　担当　内藤

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　０８５７－２６―７８６５