送付先　　FAX番号　082－427－6280　広島県発達障害者支援センター　中井・大政　宛

　　　　　　　E-mail　　 hiroshima-scdd@forest.ocn.ne.jp

令和２年度広島県発達障害児・者診療医養成研修

＜受講申込書＞

※　この度の研修では，第１・２回のWeb配信に係る参加定員を，各回３４機関としています。

（Web配信システムの同時アクセス可能医療機関数が３４機関とされているため。）

※　したがって，各配信日に確実に受講が可能な医療機関に御参加いただくよう，ご協力をお

　　願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　 | （ 男性 ・ 女性 ） |
| 所属機関名 |  |
| 診　療　科 |  |
| 所属機関住所 | 〒 |
| 連絡先 | TEL |  |
| FAX |  |
| Email | ※メールで結果を通知しますので，必ずご記入ください。 |
| 参加希望※参加を希望する回に☑をしてください。 | Web研修 | □ 第1回（10月18日）□ 第2回（11月22日） |
| ＨＭネット参加状況 | □ ＨＭネットに参加する。□ ＨＭネットには参加済みである。 |
| 対面研修（予定） | □　第３回（12月６日） |