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３年度広島県発達障害児・者診療医養成研修

＜ 受 講 申 込 書 ＞

※　令和３年度では，３回いずれも対面とオンラインとのハイブリッド形式により実施します。

※　御都合に応じて，いずれかの方法により受講してください。また，より多くの希望者に受講いただきたい観点から，確実に受講が可能な日程・方法で御申込いただくよう，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 | ※受講決定通知等メールで送信しますので，必ずご記入ください。 |
| 受講希望日程及び受講希望形式※受講を希望する回に☑をしてください。 | 対　面 | □ 第1回（10月３日）　□第2回（11月28日）□ 第３回（12月26日） |
| オンライン | □ 第1回（10月３日）　□第2回（11月28日）□ 第３回（12月26日） |

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