令和６年度広島県発達障害医療機関ネットワーク構築事業

**≪ 陪 席 研 修 申 込 書 ≫**

（受講を希望する医療機関名を御記入ください。）

≪受講希望医療機関名≫

|  |
| --- |
| ≪受講希望者≫ |
| ふりがな氏　　　名 |  | 性別 | 男性 ・ 　女性 |
| 機関名 |  | 診 療 科（医療機関の場合） |  |
| 職種 |  |
| 所属機関住所 | 〒 |
| 連 絡 先 | ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| Ｅ-mail |  |
| 希望時期等 | （希望時期、曜日等がございましたら御記入ください。） |
| 診療プロセス | （初診、初診から診断・支援の流れ、治療、検査、保護者への説明場面等、どのような診療プロセスの研修を希望されるのか、御記入ください。） |

※　実施要領９の「申込先・問合せ先」を確認のうえ、受講希望先医療機関に直接電子メールもしくはFAXにより申し込んでください。