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

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

令和４年度広島県発達障害児・者診療医養成研修

＜ 受 講 申 込 書 ＞※受講対象：医師

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | （ 男性 ・ 女性 ） | | | |
| 所属機関名 |  | | | |
| 診　療　科 |  | | | |
| 所属機関住所 | 〒 | | | |
| 連絡先 | TEL |  | | |
| FAX |  | | |
| E-mail | ※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。 | | |
| 受講希望回次  ※受講希望の回次等に☑してください | 第２回（10月30日（日），オンライン形式）  　第３回（12月18日（日），ハイブリッド形式）※対面形式の会場は広島県医師会館 | | | |
| 第３回研修の  受講希望項目  ※第３回研修を受講希望の場合，希望の受講項目に☑してください | 講義及び症例検討会の受講を希望  　講義部分のみの受講を希望  　症例検討会部分のみの受講を希望 | | 第３回研修（講義）の受講方法  ※第３回研修（講義）を受講希望の場合，希望の受講方法に☑してください | 対面形式  　オンライン形式 |
| 研修受講に係る  連絡事項  ※自由記載 | （研修受講に当たって，主催者への連絡事項等があれば，自由に記載してください） | | | |