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５年度広島県発達障害児・者診療医養成研修

＜ 受 講 申 込 書 ＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | （ 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１回（10月１日（日）、オンライン形式）  　第２回（11月12日（日）、ハイブリッド形式）※対面形式の会場は広島市総合福祉センター  　第３回（１月21日（日）、オンライン形式） | | |
| 第２回研修の  受講希望項目  ※第２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 | 終日の受講を希望  **※対面受講となります**  　講義（午前）のみの受講を希望  　症例検討会（午後）のみの受講を希望  **※対面受講となります** | | 講義（午前）のみを受講希望の場合、  希望の受講形式 |
| オンライン  　対面 |
| 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） | | |