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

　　　　　E-mail　　hiroshima-hattatu@f-tutuji.jp

令和７年度広島県発達障害児・者診療医養成研修

＜ 受 講 申 込 書 ＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | |
| 氏　　　名 |  | |
| 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（９月21日（日）、オンライン形式）  　第２回（11月30日（日）、対面形式）  会場：広島県健康福祉センター  　第３回（12月14日（日）、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） | |