平成29年度大分県発達障がい者支援専門員養成研修

SV用　参加申込書

氏名（　　　　　　　　　　　　）

所属（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

平成　 　年　 　月　 　日　に実施される

（　初級 ・ 中級 ・ 上級　）研修会への参加を希望します。

【備考】

FAX：097-513-1890　Mail：ecoal@moeginosato.net

* 申込締め切りは、各研修会当日の１週間前までです。ご協力ください。