

FAX: 0 2 3 - 6 7 3 - 3 3 6 0 (添書不要です。)

山形県立子ども医療療育センター（山形県発達障がい者支援センター）行き
山形県発達障がい者支援センター研修会

参加申込書

所属または自宅 の所在市町村	所属と職名(お立場)	ふりがな	連絡先
		氏 名	
			TEL
			TEL
			TEL

申し込み締め切り 令和元年11月1日（金）

但し、定員に達し次第締め切ります。

- ※1 この申込書でお預かりした個人情報は、研修会の運営のみで利用いたします。
- ※2 定員を超えた場合のみ、ご連絡いたします。

講師の先生に、お聞きしたいことがある方はご記入ください。