**第7回　発達障害専門外来学習会申込書**

＊下記のフォームにもれなくご記入の上、必ず**返信用封筒（送り先住所記入、82円切手貼付）を同封**して、郵送にてお申し込みください。

＊書類に不備がある場合、受講をお断りする場合があります。

＊申込者1人につき1枚の申し込み用紙をご使用ください。

＊返信先が同一の場合（同一職場など）は、複数名が一緒の封筒に入れて郵送していただいて結構です。ただしその場合も、申込者１人１枚の申し込み用紙をご使用ください。

＊メールアドレスをお持ちの方は、なるべくご記入をお願いします。

＜お申し込みフォーム＞

|  |
| --- |
| 氏名： |
| 所属（園名）： |
| 職種（いずれかに○を）　　　　　　　　　　　　　　　保育士　　・　　幼稚園教諭　　 |
| 経験年数：　　　　　　　　　　　　　年 |
| 連絡先日中確実に連絡が取れるものをご記入ください。 | （　勤務先　・　自宅　）住所：〒 |
| 電話番号： |
| E-mailアドレス： |
| E-mailアドレス（勤務先）： |

※記入漏れがないか、再度ご確認ください。

＜お申し込み先＞

〒399-8288　安曇野市豊科3100

長野県立こども病院　リハビリテーション技術科

担当：日詰・谷・森下

（電話・FAX・メールでのお申し込みは受け付けられません）