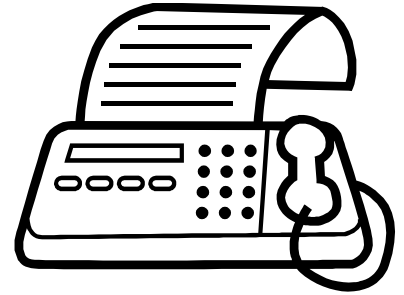


FAX: 019-601-3208  
岩手県立療育センター相談支援部 宛



令和4年度 療育研修会

## 参加申込書

市町村		職場名	
職種に○を記入ください	① 保健師 ② 看護師 ③ 幼稚園教諭・保育士等 ④ 学校教諭 ⑤ 児童指導員等 ⑥ 生活支援員等 ⑦ 相談員等 ⑧ 施設管理者等 ⑨ 一般参加者 ⑩ その他 ( )		
氏名			
電話番号		メールアドレス	

1. 受講人数について教えてください。いずれか当てはまる方に☑を記入ください。

一人で聴講する 1画面(1回線)で複数人聴講する( )人

2. 参加動機について、以下当てはまるものに☑を記入ください。

聞いてみたい講座があった 無料だったから Web開催なので参加しやすい  
職場から勧められた その他( )

3. 手話通訳について希望しますか。

希望する 希望しない

※ 本紙に必要事項をご記入の上、案内に記載の申込み締切日までにFAXにてお申込みください。申込書が届いた時点で、当部が申込フォームに代わりに入力して申込みを行います。上記のメールアドレス宛にグーグルフォームからの自動返信メールが届きましたら、受付が完了となります。申込書を送って2、3日過ぎても返信メールが届かない場合はご連絡ください(迷惑メールフォルダに入っている場合がありますのでご注意ください)。

岩手県立療育センター 相談支援部  
地域療育支援係  
〒028-3609 矢巾町医大通2-1-3  
TEL 019-601-3205  
FAX 019-601-3208