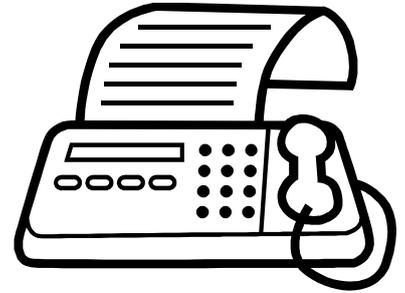


FAX: 019-601-3208
岩手県立療育センター相談支援部 宛



令和7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. 受講方法についてお聞きします。ご希望される方法と視聴人数を記入ください。
 Live 配信 (聴講人数 1人 1画面 (1回線) で複数人聴講する () 人)
 オンデマンド配信 (YouTube 視聴)
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. 研修会をどのようにして知ったか教えてください。
 職場に届いた案内文書 療育センターホームページ ポスター
 友人・知人に聞いた 職場の同僚に聞いた その他 ()
4. 手話通訳、要約筆記を希望しますか (※ご希望の方は9月19日までにお申し込みください)。
 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 (9月26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)。

※ 研修会受講に関する詳細のメールは10月3日 (金) 頃を予定しております。

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