

県立こども発達支援センター行【FAX(078)943-3830】

受付期間：令和6年6/6(木)～令和6年6/13(木)

令和6年6/6(木)よりも前に申し込まれた場合はお受けできません。

[Googleフォームからお申し込みの場合はこちら](#)→



## 令和6年度 第1回スキルアップ研修 申込書

●参加希望者（申込書はお一人様につき1枚の記入をお願いします）

ふりがな		年齢
氏名		歳
職種	<input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 教諭（保育・幼・小・中・特支） <input type="checkbox"/> 支援員 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 心理士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> その他（                      ）	
経験年数 役職など	<input type="checkbox"/> 2年未満 <input type="checkbox"/> 3～5年 <input type="checkbox"/> 6～10年 <input type="checkbox"/> 10年以上 <input type="checkbox"/> 加配担当 <input type="checkbox"/> 特別支援コーディネーター <input type="checkbox"/> 管理職 <input type="checkbox"/> その他（                      ）	
勤務先	<名称>	
	<種別> <input type="checkbox"/> 保育所（園） <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> こども園 <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 児童発達支援センター <input type="checkbox"/> 児童発達支援事業 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> その他（                      ）	
連絡先 （住所）	< <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 > 〒	
メールアドレス	<b>※紛らわしい英文字、数字ははっきりと分かりやすくご記入ください。</b> <b>（例：0（ゼロ）、o（オー）、h（エイチ）、n（エヌ）、1（イチ）、l（エル）等…）</b>	
電話番号		

(1) 研修で学びたいことはどのようなことですか