

県立こども発達支援センター行【FAX (078) 943-3830】

※申し込み期間 6月14日(金)～6月21日(金)

6月14日(金)よりも前に申し込まれた場合はお受けできません。

グーグルフォームからお申し込みの場合はこちら→



令和6年度 第2回スキルアップ研修 申込書

●参加希望者（申込書はおひとり様につき1枚の記入をお願いします）

ふりがな			年齢
氏名			歳
職種	☐ 保育士 ☐ 教諭（保育・幼・小・中・特支） ☐ 支援員 ☐ 保健師 ☐ 心理士 ☐ 言語聴覚士 ☐ 作業療法士 ☐ その他（ ）		
経験年数 役職など	☐ 2年未満 ☐ 3～5年 ☐ 6～10年 ☐ 10年以上 ☐ 加配担当 ☐ 特別支援コーディネーター ☐ 管理職 ☐ その他（ ）		
勤務先	<名称>		
	<種別> ☐ 保育所（園） ☐ 幼稚園 ☐ こども園 ☐ 小学校 ☐ 中学校 ☐ 特別支援学校 ☐ 行政 ☐ 児童発達支援センター ☐ 児童発達支援事業 ☐ 放課後等デイサービス ☐ その他（ ）		
連絡先 （住所）	<□自宅 ・ □職場> 〒		
メール アドレス	※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。 （例：0（ゼロ）、o（オー）、h（エイチ）、n（エヌ）、1（イチ）、l（エル）等…）		
電話番号			

（１）支援のことで、困っておられることはありますか。

（２）今回の研修で学びたいことがあれば、ご記入ください。

※記載いただきました個人情報は、研修に係る目的以外には使用しません