講師派遣申込書

記入年月日：　　年　　月　　日

所属機関名			
住所			
電話番号		ＦＡＸ番号	
所属長名			
担当（担任）名			

希望研修内容について詳しくご記入ください	・ご希望の日程　※複数記入して下さい。 ・開催場所 ・準備可能な機材　をご記入ください。
（研修テーマ名） （研修内容として希望する項目・その他連絡事項等）	（希望日時） 第一希望日時 月　日（　）　：　～　： 第二希望日時 月　日（　）　：　～　： 第三希望日時 月　日（　）　：　～　： （開催場所） （準備可能な機材等）※〇をつけて下さい。 パソコン・プロジェクター スクリーン・ホワイトボード
実施日　<u>※センター記入欄</u>	**研修担当者　<u>※センター記入欄</u>**
後日支援センターから電話でご連絡させていただきます。ご連絡する場合は（　　）先生・様	

ご記入後、郵送またはFAXにて支援センターまでご返送下さい。

青森県発達障害者支援センター
〒０３０－０８２２
青森市中央３丁目２０－３０　県民福祉プラザ３階
TEL　０１７－７７７－８２０１
Fax　０１７－７７７－８２０２