

③訪問研修会講師派遣申込書

記入年月日： 年 月 日

所属機関名			
住所			
電話番号		F A X 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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）※○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 ※センター記入欄	研修担当者 ※センター記入欄		

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