

令和2年度 ステップアップ講座 申込書 (送信表不要)

送信日時：20 年 月 日 () 時 分

◎ ご希望の講座名と日付をお書きください

日付 月 日分	講座名 ※1講座につき1枚、申込書をお送りください。
------------	----------------------------

ふりがな						
氏名				職種		
所属先	所属名					
連絡先	住所					
	TEL	自宅所属				
	FAX	※FAXにてお申込みの場合はこの番号に受講通知等をお送りしますので、必ずご記入ください。				
障がい児者の担当を していますか 該当するものに○	* はい (名)		* 特定の担当はいない		* いいえ	
担当について (はいと答えた方のみ) ※複数名いる方はわかる 限りでご記入ください	診断	* 有 診断名 ()	* 未診断	年齢	歳	
	診断	* 有 診断名 ()	* 未診断	年齢	歳	
発達障害の理解度 該当するものに○	1 わからない	2 あまりない	3 少しない	4 少しある	5 まあまあある	6 とてもある
実践の自信度 該当するものに○	1 自信がない	2 あまりない	3 少しない	4 少しある	5 まあまあある	6 とてもある
受講の理由						

FAX : 096-293-8239

Eメール : shien@basil.ocn.ne.jp

※申し込み期間内に FAX 又はメールにてお申し込みください。定員に達し次第、締め切ります。

※熊本市の機関の方は応募できますが、定員を超えた場合は、熊本市外の方を優先させていただく場合がありますことをご了承下さい。

※受講決定者にのみ、FAX もしくは Eメールにて約1週間前に受講票を送付いたします。

* お問い合わせ *

熊本県北部発達障がい者支援センター‘わっふる’
TEL : 096 - 293 - 8189 FAX : 096 - 293 - 8239

申込書は‘わっふる’のホームページからもダウンロードできます。
<http://sanki.or.jp/sanki/waffuru>

