

千葉県かかりつけ医等発達障害対応力向上研修

つきましては、貴所属において周知のうえ、ご参加いただきますよう、よろしく申し上げます。

問 合 先 ▶ 電 話 043 (245) 5175

平成30年度 第2回 千葉市かかりつけ医等発達障害対応力向上研修

申込書（FAX用）

FAX 043（245）5549

千葉市障害者自立支援課 企画班 研修担当 行

※ 提出期限 平成31年1月8日（火）

※ FAXにてお申込みの場合、送信票は不要です。

フリガナ	
氏 名	
医療機関名	
診療科名（ある場合）	
職 種	
発達障害の診察や 対応に関する経験	☐ 経験あり ☐ 経験なし ☐ その他（ ）
上記で経験ありの 場合、主な対象者	☐ 主に子ども ☐ 主に大人 ☐ その他（ ）
連絡先（電話番号）	

<お願い>

氏名は修了証書を発行する際に使用しますので、正確に丁寧に記入ください。