

平成29年度 障害者虐待防止講演会・障害者のための生涯学習会
強度行動障がい支援施設サポート事業検証会

「フレームワークを活用した自閉症支援」 申込用紙

1	氏名		所属および役職 (事業所・学校・こども園等に所属 の方はご記入ください。)	
	電話番号		FAX	
	出席内容 (出席するもの 全てに○)	1. 12/1 (金) 9:00~12:00 事例発表・講演 2. 12/1 (金) 13:00~16:30 演習 (事業所・学校・こども園職員等対象) 3. 12/2 (土) 9:30~12:00 講演 4. 12/2 (土) 13:00~16:30 演習 (事業所・学校・こども園職員等対象)		
	自閉症支援 経験年数 (12/1 現在)	1. あり ____年__ヶ月 2. なし	手話・要約筆記通訳 派遣の要否 (いずれかに○)	1. 要 (手話) 2. 要 (要約筆記) 3. 否
	去年、ご参加いただけましたか?	(番号に○)	1. 1日目 講演のみ 2. 1日目 講演・演習 3. 2日目 講演のみ 4. 2日目 講演・演習 5. 全て参加した 6. 参加していない	
2	氏名		所属および役職 (事業所・学校・こども園等に所属 の方はご記入ください。)	
	電話番号		FAX	
	出席内容 (出席するもの 全てに○)	1. 12/1 (金) 9:30~12:00 事例発表・講演 2. 12/1 (金) 13:00~16:30 演習 (事業所・学校・こども園職員等対象) 3. 12/2 (土) 9:30~12:00 講演 4. 12/2 (土) 13:00~16:30 演習 (事業所・学校・こども園職員等対象)		
	自閉症支援 経験年数 (12/1 現在)	1. あり ____年__ヶ月 2. なし	手話・要約筆記通訳 派遣の要否 (いずれかに○)	1. 要 (手話) 2. 要 (要約筆記) 3. 否
	去年、ご参加いただけましたか?	(番号に○)	1. 1日目 講演のみ 2. 1日目 講演・演習 3. 2日目 講演のみ 4. 2日目 講演・演習 5. 全て参加した 6. 参加していない	

※同一事業所で複数名のお申込みをする場合は、「電話番号」及び「FAX」欄は「同上」として構いません。

申込み・お問合せ先

〒420-8602 静岡市葵区追手町5番1号 静岡市役所 障害者福祉課 地域生活支援係

電話番号：054-221-1198 FAX：054-221-1494

申込〆切：平成29年11月20日(月)(必着)

※講演のみ参加の方は、11月27日(月)