

「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・子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. 12/21 (金) 9:30~12:00 講演 (どなたでも) 2. 12/21 (金) 13:00~16:30 演習 (障害福祉関係事業所・学校・子ども園職員等対象) 3. 12/22 (土) 9:30~12:00 講演 (どなたでも) 4. 12/22 (土) 13:00~16:30 演習 (障害福祉関係事業所・学校・子ども園職員等対象)			
	自閉症支援 経験年数 (12/21 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	
	本講演会にご参加いただいた ことはありますか?	(番号に○)	1. 今年度初めて参加する 2. 平成29年度に講演のみ参加 3. 平成29年度に講演・演習に参加 4. 平成28年度に講演のみ参加 5. 平成28年度に講演・演習に参加		
2	氏名			所属および役職 (事業所・学校・子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. 12/21 (金) 9:30~12:00 講演 (どなたでも) 2. 12/21 (金) 13:00~16:30 演習 (障害福祉関係事業所・学校・子ども園職員等対象) 3. 12/22 (土) 9:30~12:00 講演 (どなたでも) 4. 12/22 (土) 13:00~16:30 演習 (障害福祉関係事業所・学校・子ども園職員等対象)			
	自閉症支援 経験年数 (12/21 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	
	本講演会にご参加いただいた ことはありますか?	(番号に○)	1. 今年度初めて参加する 2. 平成29年度に講演のみ参加 3. 平成29年度に講演・演習に参加 4. 平成28年度に講演のみ参加 5. 平成28年度に講演・演習に参加		

※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30年11月30日(金) (必着)
※講演のみ参加の方は、12月7日(金)