

添書不要

令和3年度 幼児期の自閉症療育研修会 参加申込書

所属名	
参加代表者	
TEL	



子育て推進課 子ども家庭支援センター
 発達支援担当（大川）行
 メールアドレス：kodomokatei@city.tsuruoka.yamagata.jp
 FAX：25-2471
 ★申込み締切 6月25日（金）

1. 参加者（行が足りない場合は追加してください。）

【1日目】※Webで参加の方は、2に送付先をご記入ください。

区分・職名 (保護者・教諭・保育士等)	氏名	参加方法 (いずれかに○をつけてください)
		Web ・ にこ❤️ふる
		Web ・ にこ❤️ふる
		Web ・ にこ❤️ふる
		Web ・ にこ❤️ふる

【2日目】

職名	氏名	職名	氏名

2. 資料等送付先（行が足りない場合は追加してください。）

・研修会資料及び受講者用ID・パスコードを電子メールで送信する際の送付先を記載してください。

〔支援者〕

参加代表者職名	氏名	送付先アドレス	接続テスト希望
			有・無

〔保護者〕

氏名	送付先アドレス	電話番号	接続テスト希望
			有・無

3. その他

・2日目の研修時、Zoomに接続するパソコン台数 () 台

■別紙『受講にあたっての注意事項』をご確認ください。

■個人情報は、研修の連絡時のみに使用します。