**訪問研修会講師派遣申込書**

記入年月日：　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属機関名 |  | | | |
| 住所 |  | | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 | |  |
| 所属長名 |  | | | |
| 担当（担任）名 |  | | | |
| 希望研修内容について詳しくご記入ください | | | ・ご希望の日程　　※複数記入して下さい。  ・開催場所  ・準備可能な機材　　　をご記入ください。 | |
| （研修テーマ名）  （研修内容として希望する項目・その他連絡事項等） | | | （希望日時）  第一希望日時  　　月　　　日（　　）　　　：　　　～　　：  第二希望日時  　　月　　　日（　　）　　　：　　　～　　：  第三希望日時  　 月　　　日（　　）　　　：　　　～　　：  （開催場所）  （準備可能な機材等）※○をつけて下さい。  パソコン・プロジェクター  スクリーン・ホワイトボード | |
| **実施日　※センター記入欄** | | | **研修担当者　※センター記入欄** | |
| 後日支援センターから電話でご連絡させていただきます。ご連絡する場合は（　　　　　）先生・様 | | | | |

青森県発達障害者支援センター「わかば」（津軽地域）

〒０３７－００６９

　　五所川原市若葉３丁目４−１０

TEL　　０１７３－２６－５２５４

FAX　　０１７３－２６－５２５５

メール　wakaba@aorld.com