

記入年月日： 年 月 日

講師派遣申込書

所属機関名	学校・施設名 _____		
住所	〒 _____		
電話番号	() _____	FAX番号	() _____
E-mail			
所属長名・印	_____ (印)	担当(担任)名・印	_____ (印)
内容	<input type="checkbox"/> 発達障害全般 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> 事例検討 <input type="checkbox"/> センターの事業説明 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
内容について詳しくご記入ください		日程をご記入ください	
実施日 年 月 日 : ~ :	*センター記入		担当者 *センター記入
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			

ご記入後に、郵送にて支援センターまでご返送下さい。 広島県発達障害者支援センター
 〒739-0001 東広島市西条町西条 414 番地 31 TEL : 082-490-3455