【送信先】広島市北部こども療育センター　　FAX：０８２－８１５－０５４１

平成２６年度　一般社団法人　全国児童発達支援協議会中四国地区職員研修会

（第２２回　中四国・九州ブロック職員研修会）

参　加　申　込　書

施設名		担当者名	
住　所	〒	ＴＥＬ	
E-mail		ＦＡＸ	
施設種別	*該当するところを○で囲んでください。 児童発達支援センター（医療型）　児童発達支援センター（福祉型）　児童発達支援事業 放課後ディサービス　保育所等訪問支援 その他（　　）		
全国児童発達支援協議会への加盟について		加盟　・　非加盟 *該当する法を○で囲んでください。	

【参加申込者】参加されるものに○を記入してください。

	ふりがな 氏名	職名 （職種）	性別	経験 年数	1日目（11/21）				2日目 （11/22）
					療育展示 会見学	施設長 会議	講演・シン ポジウム	情報 交換会	
1			男・女	年					
2			男・女	年					
3			男・女	年					
4			男・女	年					
5			男・女	年					
6			男・女	年					
7			男・女	年					
8			男・女	年					

【参加費】

研修会	3,000×（　　）名＝（　　）円　5,000×（　　）名＝（　　）円
情報交換会	5,000×（　　）名＝（　　）円
振込金額合計	（　　）円

【一般演題発表者】　※発表者には後日詳細をご連絡いたします。

発表者氏名	職名（職種）	題名