自閉症支援実践セミナー　申込書

**締切：令和２年９月１１日（金）＊郵送の場合は必着でお願いします。**

* メールまたは郵送にてお申し込みください。

メール： [hattatsu-kenshu@glow.or.jp](mailto:hattatsu-kenshu@glow.or.jp)（件名に「実践セミナー申込み」と入力し、申込書を添付してください）

郵　送：　〒525-0072　滋賀県草津市笠山８丁目5-130

滋賀県発達障害者支援センター（担当：　山下／前田）

* この用紙の**すべての項目にご記入をお願いします**。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | | 性　別 | 男　・　女 |
| 名　前 | |  | | | 年　齢 | 歳 |
| 所　属 | |  | | | | |
| 職　種 | |  | | | | |
| 連絡先 | | 勤務先　　　　／　　　自宅　　　　（どちらかに○をつけてください） | | | | |
| 住　所 | | 〒 | | | | |
| **MAIL（必須）** | |  | | | | |
| 電話番号 | |  | | 緊急連絡先 | |  |
| 自閉症の人と  関わった経験年数 | | 年 | | 構造化された  指導の経験年数 | | 年 |
| 職場で対象となる　年齢層 | |  | | | | |
| これまでに受講した研修を必ずお書きください（トレーニングセミナー、自閉症・TEACCH関係のセミナー等） | | | | | | |
| 年　度 | 主　催 | | 内　　容 | | | |
|  |  | |  | | | |
| 応募の動機 | | | | | | |
|  | | | | | | |

＊個人情報は、本セミナーに関する事業以外の目的には利用いたしません。

＊当日の悪天候やコロナ感染状況に伴い、予定している研修が中止・時間短縮等の変更をする場合がございます。

当センターから順次メールでご連絡しますので、申込みをいただく際には、メールアドレスをお知らせください。