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（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。