

長崎県立こども医療福祉センター所長 あて（送付状は不要）

（担当：地域連携室 FAX0957-23-2614 吉川 橋本）

令和6年度地域療育短期実習受講申込書

所属名： _____

住 所： 〒 _____

氏 名： _____（職種） _____

電話番号： _____

FAX番号： _____

ご希望のコースの日程に○をつけてください

日程はご希望にそえない場合がありますので複数○をつけて下さい

各コースの詳細については実施要領をご覧ください

集団療育コース<発達障害の幼児・小学生を対象とした療育のコース>							
市町・事業所職員対象 / 基礎編							超早期療育見学希望
6/4	7/9	8/6	10/8	12/10	1/28	2/18	()
市町・事業所職員対象 / 応用編 療育経験3年以上の方							超早期療育見学希望
9/10	11/12						()
保育所・幼稚園職員対象							
6/27	7/18	8/1	9/19	10/17	11/7	12/5	1/23
幼児保育コース<肢体不自由の幼児を対象とした療育のコース>							
6/18	7/9	9/10	10/8				

実習で学びたいことや療育等についてのご質問をご記入ください

本実習を知ったきっかけに○をつけてください

()	当センターのホームページ
()	当センターでの掲示
()	当センタースタッフからの情報
()	市、町を通しての案内
()	その他（具体的に _____)

受付は先着順とし定員に達した時点で締め切ります。