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　林田）

令和７年度地域療育短期実習受講申込書

所属名：

住　所：　〒

氏　名：　　（職種）

現在の職種・職務の経験年数：　　年

電話番号：

FAX番号：

ご希望のコースの日程に〇をつけてください

日程はご希望に添えないことがありますので参加可能な日程全てに〇をつけて下さい

各コースの詳細については実施要領をご覧ください

①②③集団療育コース＜発達障害の幼児を対象とした療育のコース＞	
①児童発達支援を行う事業所職員対象 6/24　8/5　10/21　12/9　2/3	オプションコース希望 （　　）
②保育所・幼稚園・認定こども園職員対象 7/22　9/9　11/11　1/20	
③母子保健に関わる行政等の職員対象 6/12　7/10　10/9	
④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＞ 6/17　7/15　9/9　10/21	

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〇をつけてください

（　　）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