平成 30 年度

第 19 回　針生ヶ丘病院　自閉症療育研修制度［基礎研修］申込書

【 氏 名 】	【 電話番号 】
【 所 属 】	【 所属先への連絡 可否 】 ※どちらかに〇をつけてください。　可 / 不可
【 職 務 】	【 所属先 電話番号 】※所属先への連絡［可］の場合

【 研修希望クラス 】

研修曜日の第一希望に◎、第二希望に〇、研修のできない曜日がある場合は×をつけてください。

1年間同一クラスで研修していただきます。

※希望された曜日で研修できない場合があります。ご了承ください。

☐ 火曜日のクラス　☐ 水曜日のクラス　☐ 木曜日のクラス

【 参加動機 】

※申込書は、ホームページ上からもダウンロードすることができます。