

令和7年度 かかりつけ医等発達障がい対応力向上研修 申込書
(締め切り 令和7年11月20日)

申込先 徳島県発達障がい者総合支援センター ハナミズキ
FAX 0885-34-9002
※送信票は必要ありません

<受講申込書>

フリガナ 氏 名	
医療機関名	
医療機関住所	〒 連絡先 ()
修了証送付先住所	〒 ※医療機関住所と異なる場所へ修了証書の送付を希望される方のみご記載ください
専門とする職種	☐ 医師 (☐ 小児科医 ☐ 精神科医 ☐ その他) ☐ その他 (専門 :)
受講形式	☐ 会場受講 ☐ オンライン受講

同意書

地域における発達障がいのある方への支援体制が推進されることを目的に、「かかりつけ医等発達障がい対応力向上研修」を修了された方の同意を得た上で、修了者リスト情報（氏名・医療機関名等）を徳島県発達障がい者総合支援センターホームページにおいて、掲載することとしております。

上記の情報提供に () 同意します
() 同意しません

ご署名 : _____

マミールーム利用申込 ※確認のお電話をさせていただく場合もございますので、ご連絡先も必ずご記入ください。
【マミールーム利用料金】 徳島県医師会員：無料 医師会員外：お子様お一人500円

保護者	氏名 連絡先：電話 FAX
お子様①	フリガナ 氏 名 年齢 () 歳 性別 (男 ・ 女)
お子様②	フリガナ 氏 名 年齢 () 歳 性別 (男 ・ 女)

《申込締切：令和7年11月20日（木）》

問い合わせ先：徳島県発達障がい者総合支援センター ハナミズキ
小松島市中田町新開2-2 ☎0885-34-9001

