

令和元年度 一般社団法人 全国児童発達支援協議会  
第27回中四国・九州ブロック職員研修会 長崎大会参加申込書

全国児童発達支援協議会への加盟 加盟 非加盟

施設名 事業所名	※該当箇所を○で囲んでください。		電話番号							
住所	①児童発達支援センター(福祉型) ②児童発達支援センター(医療型)		FAX番号							
	③児童発達支援 ④放課後等デイサービス		担当者所属							
	⑤その他 ( )		担当者氏名							
No	フリガナ 参加者氏名	性別	職名(職種)	施設長会議		両日参加	11月29日 (金) のみ参加	11月30日 (土) のみ参加	情報 交換会 (7,000円)	交通手段
				参加	お弁当 (1,000円)					
例	ナガサキ 長崎	ハナコ 花子	女	児童発達支援管理責任者	○		○		○	公共交通機関 マイカー その他( )
										公共交通機関 マイカー その他( )
										公共交通機関 マイカー その他( )
										公共交通機関 マイカー その他( )
										公共交通機関 マイカー その他( )
										公共交通機関 マイカー その他( )

※記入欄が不足する場合は、お手数ですが申込書をコピーしてご利用ください。

【個人情報のお取り扱いについて】

ご提供いただきました個人情報は、厳重に管理し、参加証や領収証の発送、参加者の皆様との連絡  
その他研修会開催に必要な範囲に限り利用させていただきます。

【お問合せ・お申込み先】

運営担当 (有)総合療育リハ・サービス 〒851-0133 長崎県長崎市矢上町31-14  
TEL:095-838-7303 FAX:095-838-7304 E-mail: jidou.fukushi@ryouikuriha.com  
受付時間:10:00 ~ 17:00 (土日祝日休業) 担当:萩田、山田

ご返金が生じた場合のお振込先	
銀行	支店
口座番号	普通・当座 ( )
口座名義	

送付先FAX ⇒ 095-838-7304 申込締切:2019年9月14日(土)