

長崎県立こども医療福祉センター所長 あて (送付状は不要です)

(担当: 地域連携室 FAX 0957-23-2614 吉川 橋本)

令和5年度地域療育短期実習受講申し込み書

所属名: _____

住所: 〒 _____

氏名: _____ (職種) _____

電話番号: _____

FAX 番号: _____

<申し込みコース・日程>

(日程は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)

集団療育コース【保育士・作業療法士または言語聴覚士対応】
<input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園対象 6/13 7/18 8/8 9/26 11/28 12/5 1/23
<input type="checkbox"/> 事業所・市町対象 基礎編 6/20 7/4 8/1 10/3 11/21 1/16 2/20 応用編 9/5 12/19 前日の超早期療育(オプションコース)の見学希望の方は○をつけて下さい。 <超早期療育の見学を希望します()> 8月はオプションコースがありません。
<input type="checkbox"/> 幼児保育コース【保育士・理学療法士対応】 6/6 7/11 9/12 10/17
* 実習で学びたいことや療育等についての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
<input type="checkbox"/> 当センターのホームページ <input type="checkbox"/> 当センターでの掲示 <input type="checkbox"/> 当センタースタッフからの情報 <input type="checkbox"/> 市、町を通しての案内 <input type="checkbox"/> 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。