

(申込期限)令和6年9月30日(月)

(宛 先)そうか光生園 埼玉県聴覚障害児支援センター担当 吉浦宛

E-mail: kikoe-kouseien@sswc-gr.jp FAX:048(936)5986

※各所属課所で取りまとめの上、お申し込みください。

令和6年度 児童発達支援センターおよび児童発達支援事業所向け 聴覚障害児支援に関する研修会

出欠回答票

- 1 参加について 参加 不参加
- 2 聴覚障害児の利用実績 ある (現在利用している
 _____年前ごろ)
 ない
- 3 貴施設職員について (チェックをつけてください)
- | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 保育士 | <input type="checkbox"/> PT | <input type="checkbox"/> OT | <input type="checkbox"/> ST | <input type="checkbox"/> 心理職 |
| その他 () | | | | |

4 参加者 参加される全員についてご記入ください。

所属課所※1	職位	職種※2	氏名

※1 常勤、非常勤を問わず、〇〇市児童発達支援センターなど主な所属先を御記載ください。

※2 保育士、STなど主に使用している資格または職名を具体的に記載してください。

4 事前質問事項及び情報交換会で話題にしたいテーマなどございましたら、お書きください。

--

申込機関名：

担当課名：

担当者名：

電話番号：

E-mail：