

「発達障がい医療従事者向け研修」参加申込書

令和3年 月 日

県障がい福祉課 橋口 (hashiguchi-yuki@pref.miyazaki.lg.jp)宛

医療機関名 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

Email _____

(こちらのアドレスにYoutubeのアドレスをご連絡します)

参加者

	役職		氏名
①			
②			
③			
④			
⑤			
⑥			