針生ヶ丘病院 自閉症療育研修 申込書

【氏名】	【 電話番号 】
【所属】	【 所属先への連絡 可否 】
【職務】	【 所属先 電話番号 】※所属先への連絡 [可] の場合
【 研修希望クラス 】 研修曜日の第一希望に◎、第二希望に○、研修のできない曜日がある場合は×をつけてください。 1年間同一クラスで研修していただきます。 ※希望された曜日で研修できない場合があります。ご了承ください。	
火曜日のクラス	水曜日のクラス
【参加動機】	