# 子どものこころ専門医　受講単位申請書

# 研修会名称：第3回発達障害者支援研修　行政実務研修

## 申請する受講講座

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （例） | シンポジウム1　※項目名を記入 | 日付: | 1月24日 | 時刻: | 13:15 |
| 講座名 |  | 日付: |  | 時刻: |  |
| 講座名 |  | 日付: |  | 時刻: |  |
| 講座名 |  | 日付: |  | 時刻: |  |
| 講座名 |  | 日付: |  | 時刻: |  |
| 講座名 |  | 日付: |  | 時刻: |  |
| 講座名 |  | 日付: |  | 時刻: |  |
| 講座名 |  | 日付: |  | 時刻: |  |
| 講座名 |  | 日付: |  | 時刻: |  |
| 講座名 |  | 日付: |  | 時刻: |  |
| 講座名 |  | 日付: |  | 時刻: |  |
| 講座名 |  | 日付: |  | 時刻: |  |

## 受講証送付先

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 　専門医　・　専攻医　　（該当されない方を消去してください） |
| 氏名 |  |
| 所属 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話 |  |
| メールアドレス |  |

## その他連絡事項

＃1　受講証は、事務局で受講ログを確認の上、送付させていただきます。