

平成29年度 埼玉県発達障害者家族支援体制整備事業
さいたま市発達障害者家族支援体制整備事業

ペアレントメンター養成研修受講者 受講資格申出書

下記、例の書き方を参考に記載してください

	期間	所属(在籍)先名称
略 歴	例:平成23年4月1日～平成28年3月31日	●●小学校 通常学級
	例:平成28年4月1日～平成29年3月31日	〇〇小学校 特別支援学級
	例:平成23年4月1日～平成25年3月31日	●●特別支援学校 PTA 役員(△△委員)
	例:平成25年4月1日～現在	〇〇親の会 在籍

私は、平成29年度 埼玉県発達障害者家族支援体制整備事業・さいたま市発達障害者家族支援体制整備事業における「ペアレントメンター養成研修」受講にあたり、上記のとおり相違ないことを申し出ます。

上記の申し出に虚偽が認められた場合には、受講資格を失うことを承諾いたします。

平成29年 月 日

受講希望者氏名

印

★受講資格申出書送付先 :

〒344-0038 春日部市大沼 5-7 グラウンドール上沖 2-102 竹田方 埼玉県自閉症協会事務局 宛(8/25 必着)

【養成研修を受講されるご本人が郵送してください。】