

市職員向け 発達障がい「基礎講座」講師派遣申込書

福祉局心身障がい者リハビリテーションセンター
 発達障がい者支援室 行き
 課メール fa0034@city.osaka.lg.jp

所属：_____

電話：_____

担当課	(担当；)		
電話番号		FAX 番号	
担当者名		E-mail	
研修会の 日程など	開催予定日（できるだけ複数のご提示をお願いします。）		
	①	②	③
	開催時間：		
	開催場所：		
参加人数：			
研修会の 内容	研修名称【 _____ 】 （例：〇〇局人権問題研修、障がい理解を深める研修会 など）		
	① 研修対象者 について <input type="checkbox"/> 全職員（職種： _____ ） <input type="checkbox"/> 課長級以下職員（職種： _____ ） <input type="checkbox"/> 係長級以下職員（職種： _____ ） <input type="checkbox"/> その他 （ _____ ）		
② 希望される研修内容があれば、お書きください （ _____ ）			
★事前打ち合わせ日程のご希望日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日			

※研修の申し込みは随時受け付けます。ただし、開催希望日までの期間が短い場合は講師派遣の調整が難しく、ご希望に添えない場合があります。また、複数の日程案の提示をお願いします。

※ 会場確保、設営、受講者への周知等は申込課でご対応をお願いします。

※ 研修終了後に、「理解度」（４段階）、「役立度」（４段階）について参加者アンケートを実施し、結果を大阪市発達障がい者支援センター「エルムおおさか」まで送っていただきますようお願いします。