

令和6年度高知県強度行動障害支援者養成研修（実践研修） 受講票

※太枠内の必要事項を記入してください。

氏名		生 年 月 日		受 講 番 号	
所属	(団体・事業所名) TEL () —				

	2月4日	2月5日
受講確認欄		

高知県子ども・福祉政策部障害福祉課