

沖縄中部療育医療センター

院長 高良 幸伸 様

## 沖縄県障害児等療育支援事業 利用申請書

申請日：令和 年 月 日

沖縄県障害児等療育支援事業における、ティーチャーズ・トレーニングを利用したいので、以下の通り申請します。

### 1. 申請者（保育施設、町村保育主管課）

※園(系列園)単位もしくは町村単位でお申し込みください。

※応募多数の場合、より広く受講いただけるように町村を優先することがあります。

施設名もしくは課名： \_\_\_\_\_  
所在地： \_\_\_\_\_  
担当者名： \_\_\_\_\_  
TEL： \_\_\_\_\_  
メールアドレス： \_\_\_\_\_

### 2. 希望の日程や時期等 ※ご希望に添えない場合もございます。ご了承ください。

### 3. 参加人数について教えてください。

### 4. その他ご質問やご要望等あればお書きください。

#### 【利用申請書提出（送付）先】

社会福祉法人 沖縄肢体不自由児協会 沖縄中部療育医療センター

〒904-2173 沖縄市比屋根 5-2-17

TEL:098-932-6077 FAX:098-933-8516 E-mail: [sinri@shoni.or.jp](mailto:sinri@shoni.or.jp)

担当：診療課 心理（仲村・西平）