

# 新版K式発達検査講習会

本講習会は登録制です。受講をご希望の方は、登録申込書に必要事項を記入して当センターまで郵送して下さい。講習会の受講希望者として登録させていただきます。受講可能な講習会の2カ月前に、郵送にて講習会のご案内と受講申込書を送付致します。

◇ 初 級 （毎年1月・6月・8月開催予定）

◦ 対 象：乳幼児の発達検査を行っている方、およびこれから行う予定のある方で、4日間受講可能な方。

◇ 中 級 （年1回 2010年10月開催予定）

◦ 対 象：初級講習会の修了者、または現在新版K式発達検査を行っている方。

## 注意事項

※本講習会は福祉や教育、心理、保健、医療等の現任者を対象としておりますので、勤務先については必ず明記して下さい。特別な事情のある方はセンターまでご相談下さい。

※学生の方（原則として大学院生に限る）のご希望も受け付けますが、現任者優先とさせていただきます。勤務先名・勤務先住所には所属する大学名（研究科まで明記のこと）と大学の所在地をご記入下さい。職名には 学生 と記入して下さい。

## K式発達検査講習会 登録申込書

申込日： 年 月 日

ふりがな 氏 名		男・女	年 月 日生
自宅住所	〒	TEL：( ) — 携帯電話：( ) —	
勤務先	勤務先名 住所 〒	職種・職名 TEL：( ) —	
受講を希望する講習会	受講を希望する講習会を選択し、□の中に印をつけて下さい。 <input type="checkbox"/> 初級講習会の受講を希望します <input type="checkbox"/> 中級講習会の受講を希望します		
受講動機	該当する項目の□に印をつけて下さい。 <input type="checkbox"/> 業務上、K式発達検査を実施する必要があるため <input type="checkbox"/> 発達スクリーニング等でK式発達検査の一部を使用するため <input type="checkbox"/> 検査を実施する機会はないが、内容について理解したい <input type="checkbox"/> その他 ( )		