別紙２　　※新潟市オンライン申請システムでの申し込みができない場合にのみご使用ください。

ＦＡＸ送信先：０２５－２３２－５５６８（送付文不要）
新潟市こころの健康センター　内山　あて

令和８年度　高次脳機能障害支援従事者ブロック別研修会　申込書

所属：

連絡先電話番号：　　担当者氏名：

１　参加者氏名等

職　種	氏　名	高次脳機能障害者への支援の経験・人数	昨年度の新潟圏域研修受講の有無
		有（　　人）・無	有　・　無
		有（　　人）・無	有　・　無
		有（　　人）・無	有　・　無
		有（　　人）・無	有　・　無

２　高次脳機能障害者を支援する際の問題や困難、また講師や発表者への質問等があれば記入してください。

申込み締め切り：令和８年１１月１８日（水）