

専門職講座『成人の自閉症スペクトラム診断』（第3回） 申込書

氏名 _____ 所属 _____

診療科 _____ 職種 _____

E-mail _____@_____

受講歴（該当するものに○） ※参考までにお教えてください

- ・ 2005 年度 YPDC 医師向け入門講座を受講
- ・ 2006 年度 YPDC 医師向け入門講座を受講
- ・ 2007 年度 YPDC 医師向け入門講座を受講
- ・ 2008 年度 YPDC 医師向け入門講座を受講予定
- ・ 2008 年 2 月 広島県主催 発達障害専門医師養成研修会 第 2 回「医師のための自閉症スペクトラム入門」を受講
- ・ 2007 年 2 月 ペック研究所 医師向けアドバンスト・セミナーを受講
- ・ 2008 年 2 月・3 月 ペック研究所 医師向け実践講座を受講/受講予定
- ・ 上記講座を未受講（受講予定がない）

連絡先住所 _____

TEL _____ FAX _____

*上記個人情報は本セミナーの実施に必要な事柄に限定して使用いたします。クリニック主催セミナーなどの案内をご希望の方は、クリニックホームページ（<http://www.yfdc.net>）からお申し込みください。