**（別紙）**

**令和元年度小児慢性特定疾病児童等自立支援事業**

**に係る研修会参加申込書**

**安房健康福祉センター**

**鴨川地域保健センター　小宮行**

**ＦＡＸ番号　０４－７０９３－０７９４**

**＊送付票不要**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **送付年月日** | **令和元年　　　月　　　日** | | |
| **所属** |  | | |
| **担当者** |  | | |
| **電話番号** |  | **ＦＡＸ番号** |  |

**参加者氏名**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **職　名** | **氏　　名** | **職　種** | **備　考** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**講師への質問や、日頃困っていること等ありましたらご記入ください。**

☆お手数ですが７月２６日(金)までにFAXをお願いいたします。