別紙

（FAX送信先）

香取健康福祉センター　地域保健福祉課　新田行き

**FAX　 ０４７８－５４－５４０７**

＊平成３１年２月１５日（金）までに御回答をお願いします。

　**「平成３０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**

所属名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

出席する方の職種とお名前を記入してください。

**１）研修会に**　　**出席　します**

　　　　　　出席者名

|  |  |
| --- | --- |
| 職種 | 氏名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* **講師へ質問したいこと、困っていること等がありましたら、**

**下記に御記入ください。**