別紙

ファクシミリ送信票（送信票不要）

FAX　０４－７１２４－２８７８

**千葉県野田健康福祉センター（野田保健所）　地域保健福祉課　小林　行**

**平成３０年度　小児慢性特定疾病児童等自立支援研修会**

**申込書（申込期限：H30年７月１８日（水））**

貴所属名　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　担当者氏名　　　　　　　　　　　　　FAX番号

参加者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 職種 | 氏名 | 備考 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |

|  |
| --- |
| 講師への質問や研修会で知りたい内容 |