



令和6年度 子どもの発達支援講演会 キャンセル待ち申込書

所 属	
住 所	
電 話 番 号	
メールアドレス	※複数回線申込の場合は用紙をコピーの上、別途お申込みください。

職 名	ふりがな 氏 名
講師への質問事項	

※ 参加申込みは必要事項をご記入の上、5月2日（火）必着で岩手県立療育センター相談支援部宛に、郵送またはFAXでお送りください。5月8日頃を目途に受講用のID、パスワード等を上記に記載いただいたメールアドレス宛にご連絡いたします。

