

FAX: 019-601-3208

岩手県立療育センター相談支援部 宛

## 令和6年度乳幼児健診従事者対象研修会 参加申込書

所属			
住所			
電話番号		FAX 番号	
E-mail			

職名	氏名(ふりがな)	現在の仕事の経験年数

◇ 講師への質問があればお書きください(ただし、全ての質問にお答えできないことがありますのでご了承ください)。

◇ 意見交換会で話題にしたいことや聞きたいことがあれば、お書きください。

◇ 最後に研修会についての質問や要望がございましたら、お書きください

※ 参加の申込みは、本紙に必要事項をご記入の上、6月3日(月)までに、FAXにてお申込みください。複数枚必要な場合は本紙をコピーしてお使いください。

担当  
岩手県立療育センター 相談支援部  
地域療育支援係  
〒028-3602 矢巾町医大通二丁目1番3号  
TEL 019-601-3205 (直通)  
FAX 019-601-3208