

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