

FAX: 019-601-3208

岩手県立療育センター相談支援部 宛

令和7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)。

※ 必要事項をご記入の上、6月13日(金)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2丁目1番3号
TEL 019-601-3205 (直通)
FAX 019-601-3208