

別紙

送付先（送付票不要） *申し込み期限 平成 28 年 11 月 1 日（火）
あいち小児保健医療総合センター 保健センター保健室
FAX：0562-43-0504

「児童虐待予防のための研修会」参加申し込み・アンケート

（平成 28 年 11 月 14 日開催）

御所属： _____ 市町村名 _____

連絡先：電 話（ ） 担当者名： _____

*Eメールアドレス： _____

☆今後の連絡・研修会のご案内等に活用させていただく場合があります。

1 出席者

所属課・担当等	参加者氏名	職種

2 慢性的な身体疾患や障害のある子どもと親への支援をする上での課題についてお書きください。

3 講師への質問をお書きください。講演に反映していただくことができます。

＜お知らせ＞

*申込みが定員に達した場合：ホームページ上の保健部門のページにその旨を掲載しますのでご確認ください。また、参加者に変更があった場合は、その旨お知らせください。

*なお、同一所属で申込み多数の場合は、制限の連絡を差し上げることがあります。

*悪天候等の場合：研修会中止の場合は、ホームページ上に中止連絡を掲載します。