

別紙1

FAX返信票
FAX:0562-43-0504
あいち小児保健医療総合センター
保健センター保健室 新美宛

平成30年度 在宅療養児支援研修会 申込書

お住まいの市町村: _____ 市町村

電話: _____

参加者の名前	お子様の名前

いずれかに○をつけてください。

- ① 講演のみ参加
- ② 講演・グループミーティングに参加
- ③ グループミーティングのみ参加

講演講師に、質問があればご記入ください。

グループミーティングで話してみたいことをご記入下さい。

- * 締め切り 平成30年10月28日(日)までにお願いします。
- * 申し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、ご確認下さい。また、参加者に変更があった場合は、その旨お知らせ下さい。
- * 悪天候等の場合: 研修会の中止の場合: ホームページ上に中止連絡を掲載します。