庄内保健所　子ども家庭支援課　保健支援担当　行

**ＦＡＸ：０２３５－６６－４０５３**

ＴＥＬ：０２３５－６６－５６５７

Mail：yshonaikodomo@pref.yamagata.jp

※送信票は不要です。電話やメールでも受け付けています。

※メールの場合は、下記申込事項を記載のうえ、送信してください。

家族用

長期療養児療育相談会参加申込書

★参加される方は、必要事項をご記入ください。

◆参加される方の氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加者氏名 | 続柄 | 電話番号 | メールアドレス |
|  | 父 ・ 母他（　　　　　　） |  |  |
|  | 父 ・ 母他（　　　　　　） |  |  |
|  | 父 ・ 母他（　　　　　　） |  |  |

◆差し支えなければ、お子さんの氏名、年齢についてご記入ください。

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　）歳

◆講師の先生へお聞きしたいこと等ありましたらご記入ください。

（例：本人への接し方について、今後の生活についてなど）



**締切　令和５年10月30日（月）（火）**