

【申込書】県央保健所 保健課 FAX 番号：019-629-6594

**家族だからこそ悩むあなたへ「家族を支える方のための講演会」
参加申込書**

申込年月日：令和8年 月 日

申込者名：

申込者連絡先： ()

1. 参加者

所属	氏名	職種	参加会場（どちらかを ○で囲んでください）
			本会場・葛巻会場
			本会場・葛巻会場
			本会場・葛巻会場

※所属や職種がない場合には、「なし」と記載ください

2. 講師への質問等があれば記載ください。

・ ・ ・

＜担当・問合せ先＞

県央保健所 保健課 精神・難病チーム

電 話：019-629-6574（平日：8:30-17:15）

メール：CC0001@pref.iwate.jp