

参加申込書（FAX申込）

宛先 東京都多摩小平保健所 管理課 保健医療担当行
ファクシミリ 042-450-3261

令和6年度 保育所、幼稚園歯科保健担当者研修会

*下記①～⑦のうち、必要事項を御記入ください。

①施設名と施設所在地を御記入ください。

施設名： _____ 施設所在地： _____ 市

②参加者氏名と職種を御記入ください。

参加者氏名	職 種		
	1 保育士	2 幼稚園教諭	3 看護師
	3 施設長	4 その他()	
	1 保育士	2 幼稚園教諭	3 看護師
	3 施設長	4 その他()	
	1 保育士	2 幼稚園教諭	3 看護師
	3 施設長	4 その他()	
	1 保育士	2 幼稚園教諭	3 看護師
	3 施設長	4 その他()	

③電話番号： _____

④参加方法： 来所 ・ オンライン ・ オンデマンド配信

⑤オンライン、オンデマンド配信での参加を御希望の方は、メールアドレスを御記入ください。

メールアドレス： _____

※こちらから御案内をお送りいたしますので、お手数ですが、大文字と小文字や「O(オー)と0(ゼロ)」、「-(ハイフン)と_(アンダーバー)」等は、区別がつくように御記入ください。

⑥講師に御質問のある方は、御記入ください。

(時間の都合等により、すべての御質問にお答え出来ない場合がございますが、御了承ください。)

⑦手話通訳や車いす席等の御希望がございましたら、()内に○をつけてください。()

【担当】

東京都多摩小平保健所 管理課
保健医療担当 杉本、大畑
電話 042-450-3111 (代)