**別　紙**

* **送信票は不要です。このまま送信してください。R元年１２月２６日（木）締切**

**令和元年度　小児慢性特定疾病自立支援事業に係る医療・福祉等従事者講演会**

**令和2年１月９日（木）開催　申込用紙**

**印旛健康福祉センター　地域保健課　出井行　　FAX　０４３－４８６－２７７７**

担当者所属　：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 職種 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |

　講師への質問がありましたら、教えてください。