別添　講演会参加連絡票

送付先：市川健康福祉センター（市川保健所）

地域保健課　井口宛

FAX：０４７－３７９－６６２３

小児慢性特定疾病児童等自立支援事業

講演会　「小児慢性・指定難病受給者さんへの就労支援～私らしく働こう～」

令和元年１１月１日（金）締め切り

🌼小児慢性受給者（保護者）・指定難病受給者の方

|  |  |
| --- | --- |
|  | 参加者の氏名 |
| １ |  |
| ２ |  |

　受給者番号：

　受給者氏名：

🌼教育機関の方

|  |  |
| --- | --- |
|  | 参加者の氏名 |
| １ |  |
| ２ |  |

　貴所属名：

　担当者名：

　電話番号：

✍講師へ質問したいことがありましたら、ご記入ください。