**１１月１３日（水）開催　長期療養児交流会　申し込み用紙**

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

* **送信票は不要です。このまま送信してください。１１月５日（火）までにお願いします。**

◇保護者の方のお名前・連絡先等

氏　名：

住　所：　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：

交通手段（いずれかに○）：自家用車・電車・バス・徒歩

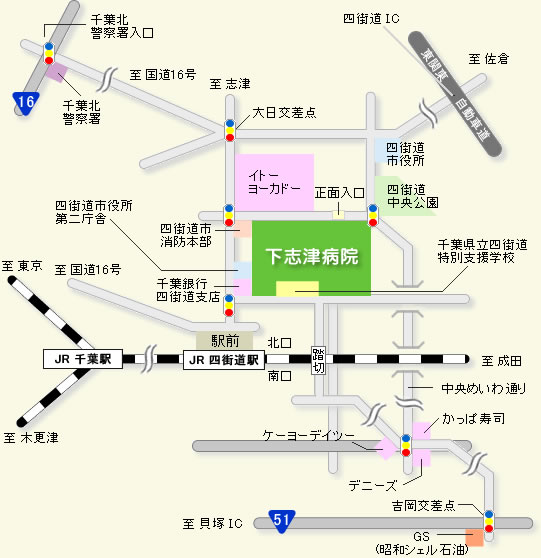
☆参加される方のお名前をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ふりがな  氏　名 | 参加者種別  ※いずれかに○をしてください |
| １ |  | ①本人　②母　③父  ④兄弟　⑤その他（　　　 ） |
| ２ |  | ①本人　②母　③父  ④兄弟　⑤その他（　　　 ） |
| ３ |  | ①本人　②母　③父  ④兄弟　⑤その他（　　　 ） |

◇お子さんの医療実施状況

☆疑問質問、情報交換したい内容等がありましたら、ご記入ください。

例：外出する時の工夫はどうしてるの？などどんな疑問でもOK。



車でお越しの方へ

正面入り口から奥の突き辺り（★印）まで進んでください。会場はそこからすぐの入り口から入れます。スタッフが分かるように御案内予定です。駐車券を会場までお持ちください。

○ 最寄り駅：JR総武本線・成田線「四街道駅」、駅から徒歩8分

○バ　　ス：京成臼井駅から「四街道駅行き」に乗車（約25分）「消防署前」下車、徒歩1分