

(FAX の送付状は不要です)

送付先：(事務局) 北九州市障害者基幹相談支援センター内 小児慢性特定疾病支援室 手嶋 行



093-861-3095

平成28年度 北九州市小児慢性特定疾病児童等自立支援事業  
講演会 申込用紙

(E-mail でお申込みの方はこちらへ) E-mail shouman@shien-c.com

※ 8月10日以降は、北九州市障害者基幹相談支援センター ホームページ <http://www.shien-c.com/>  
こちらからも申込用紙がダウンロードできます。

**申込締め切り 9月30日(金) まで**

(参加決定の通知はいたしません。ご参加いただけない場合のみご連絡いたします。)

<連絡先>

住所 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_ FAX番号 \_\_\_\_\_

	氏名 (ふりがな)	該当する口に✓を付けてください
1		<input type="checkbox"/> 患児者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> SW <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> その他 ( )
2		<input type="checkbox"/> 患児者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> SW <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> その他 ( )
3		<input type="checkbox"/> 患児者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> SW <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> その他 ( )
障害のある人で、情報保障(手話、要約筆記等)や介助等が必要な方はお知らせください。		手話・要約筆記・ その他介助等 ( )

《講師にお尋ねしたいことがありましたらご記入ください》

Empty rounded rectangular box for instructor inquiries.

(会場) ウェルとばた 2階 多目的ホール  
北九州市戸畑区汐井町1-6

※JR：JR 鹿児島本線「戸畑駅」で下車。  
南口改札口より徒歩1分。

※北九州市営バス：「戸畑駅」行きに乗車し、  
「戸畑駅」で下車。バス停より徒歩1分。

※西鉄バス：「戸畑渡場」  
または「戸畑駅」行きに乗車し、「戸畑駅」  
で下車。バス停より徒歩1分。

