**参加申込み　送付状**

**送付先**

いわてこどもケアセンター

〒028-3694　紫波郡矢巾町医大通1－１－１

（岩手医科大学矢巾キャンパス内）

TEL：019-651-5111（内線5550）　FAX:019-698-2313

メールアドレス：[kensyu@iwate-ccc.jp](mailto:kensyu@iwate-ccc.jp)　（メール、FAXでお申込み願います）

**いわてこどもケアセンター**

**令和5年10月27日　事例検討会　参加申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 所属先 | ： |
| 電話番号 | ： |
| FAX番号 | ： |
| 緊急連絡先 | ： |
| 報告者職･氏名 | ： |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職名 | 氏名 | 資格名 | 緊急連絡先 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 申込期限：令和5年10月19日（木）まで |

＊お早めのお申し込みをお願いいたします。