

*送信票は不要です。このままお送りください。

(FAX送信先)

鎌倉保健福祉事務所 保健福祉課 保健師行
ファクシミリ:0467-24-4379

「～心疾患のお子さんのこれからの生活に向けて～
進学や就労について、先輩に話を聞いてみよう」

□にチェックして、ご記入ください。

氏名 _____ 当事者 家族 関係者(所属・職種記入: _____)

参加方法: Zoom 要相談 連絡用E-mail: _____ .

※Zoomアプリの利用が出来ない方はご相談下さい。

住所: 〒 _____ .

電話番号 _____ - _____ - _____ .

Zoom利用時のニックネーム:

講師に聞きたいことがございましたら、ご記入ください。