

令和8年度子どものメンタルヘルスに関する研修会「子どものSOSを読み解く」

参加申込書(FAX 送信票)

送付先

鎌倉保健福祉事務所三崎センター保健予防課 宛
ファクシミリ (FAX) 番号 : 046-881-7199

申込日: 月 日 ()

申込者	氏名	団体名 所属名	※支援関係者をご記入ください
連絡先 (緊急時用)	連絡先 (一つに〇)	1. 所属 2. 個人	
	電話	※連絡の付きやすい番号をご記入ください	

講師に聞きたいこと	※ 記載いただいた内容は、研修講義や意見交換で参考にさせていただきます。お時間の都合上すべてのご質問にお答えできない場合があります。予めご了承ください。
-----------	--

令和8年8月12日(水)まで