

メールでお申し込みの方は 氏名・勤務先・職種・ご連絡先を明記の上、
 kodomo アットマーク osh. or. jp へご連絡をいただけますようお願い致します。
 お電話でのお申し込みは 098-963-8462 までお願い致します。

FAX 送信表

(公社) 沖縄県小児保健協会 宛て

送信者 _____

FAX:098-963-4402

送信者 _____

連絡先 _____

発達障害児支援に関する研修会参加申込書

(参加希望日程に○を付けてください)

	氏名	職種	希望参加日程
1			1日(金) 事例検討・医師向け 2日(土) ・ 3日(日) 4日(月)
2			1日(金) 事例検討・医師向け 2日(土) ・ 3日(日) 4日(月)
3			1日(金) 事例検討・医師向け 2日(土) ・ 3日(日) 4日(月)

※不足の際にはコピーしてご使用ください。

申込〆切:平成 29 年 11 月 24 日(金)



12月1・2・4日
 会場：沖縄小児保健センター
 (南風原町新川 218-11)



12月3日(日) 会場：中部徳洲会病院
 (北中城村アワセ土地区画
 整理事業地内 2 街区 1 番)
 ※病院駐車場、イオンライカム駐車場利用可

