

別 紙

あて先：大分県こころとからだの相談支援センター

こころの健康課 児玉 あて

F A X : 0 9 7 - 5 4 1 - 6 6 2 7

平成 2 9 年度発達障がい講演会参加申込書

所属名 _____

担当者 _____

T E L _____

F A X _____

職 名	氏 名	備 考

申込期限 平成 2 9 年 1 2 月 1 日 (金)