【申込先】　岩手県保健福祉部子ども子育て支援室　行

　　〒020-8570　盛岡市内丸10-1

　　FAX：019-629-5464

　　E-mail：AD0007@pref.iwate.jp　　　　　　＝添書等不要＝

令和３年度岩手県子ども虐待防止フォーラム

参　加　申　込

【申込者】

|  |  |
| --- | --- |
| 所属・団体名  （個人の方はお住いの市町村名） |  |
| 申込者氏名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| 連絡先メールアドレス |  |

【受講者氏名等】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　名  （個人の方は記載不要） | 氏　　名 | 受講回 | 受講方法 | メールアドレス |
|  |  | １回目  ・  ２回目 | 個別  ・  共同 |  |
|  |  | １回目  ・  ２回目 | 個別  ・  共同 |  |
|  |  | １回目  ・  ２回目 | 個別  ・  共同 |  |
|  |  | １回目  ・  ２回目 | 個別  ・  共同 |  |
|  |  | １回目  ・  ２回目 | 個別  ・  共同 |  |

【個別で受講の方】受講者各自のメールアドレスを記入してください。

【共同で受講の方】各回別に受講代表者のメールアドレスを記入してください。

|  |
| --- |
| 申込締切　令和３年12月20日（月） |