

「ペアレント・トレーニング講演会」

令和7年3月7日（金）開催

【FAX申込書】

鶴岡市障害者相談支援センターにココロ行き（添書不要）

FAX 番号 0235-25-2476

（申込日）令和7年 月 日

（ふりがな） 参加者氏名	（ ）
住 所	
連絡先 （日中連絡がつく番号）	
発達が気になる お子さんの 年齢・学年	*年齢（ ）歳） *学年 年少 ・ 年中 ・ 年長 小学校（ ）年生） その他（ ） （ ）
託 児 （ご希望の場合はご記入ください）	託児を利用するお子さんの氏名・年齢 ふりがな（ ） 氏 名（ ） 性 別（ 男 ・ 女 ） 年 齢（ ）歳 ）ヶ月）

■ご記入いただく個人情報は事務局で管理し、講演会に関しご連絡が必要になった場合に使用させていただきます。お子さんの年齢については、今後講座等を開催する上で参考とさせていただきます。

