

つながるLa・子育て! ～第2回静岡県子育て支援実践交流会～

参加申込書

- 以下の項目に必要事項を御記入の上、ファクス又はメールでお申し込みください。
- 御記入いただいた個人情報は本交流会の目的以外に使用しません。
- グループでの参加の場合、希望する講座、分科会が異なるときは、別々の申込書でお申し込みください。

FAX.054-221-3521

メール:kodomo-m@pref.shizuoka.lg.jp
 締切:会場によって締切日が異なります。

参加者氏名	(ふりがな)
	(ふりがな)
	(ふりがな)
所属団体名	<input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> 任意団体 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> その他()
活動地域	
連絡先	〒 -
	TEL FAX
	mail

該当する項目に✓を御記入ください。

参加希望会場	<input type="checkbox"/> 浜松会場(1/29) 会場:アクトシティ浜松 コンGRESセンター52・53・54会議室	<input type="checkbox"/> 静岡会場(2/13) 会場:グランシップ10F	<input type="checkbox"/> 三島会場(2/19) 会場:みしまプラザホテル 2階「プロヴァンスの九月」ほか
参加について	<input type="checkbox"/> 午前・午後 参加する <input type="checkbox"/> 午前のみ 参加する <input type="checkbox"/> 午後のみ 参加する	<input type="checkbox"/> 午前・午後 参加する <input type="checkbox"/> 午前のみ 参加する <input type="checkbox"/> 午後のみ 参加する	<input type="checkbox"/> 午前・午後 参加する <input type="checkbox"/> 午前のみ 参加する <input type="checkbox"/> 午後のみ 参加する
参加を希望する分科会等	/	実践スキル講座 第1希望 第()講座 第2希望 第()講座	分科会 第1希望 第()分科会 第2希望 第()分科会
昼食	ランチ交流会に <input type="checkbox"/> 参加する(500円) <input type="checkbox"/> 参加しない	お弁当を <input type="checkbox"/> 希望する(500円) <input type="checkbox"/> 希望しない	ランチを <input type="checkbox"/> 希望する(1,500円) <input type="checkbox"/> 希望しない
託児 ※子どもの年齢は開催日時点の年齢を御記入ください。	<input type="checkbox"/> 希望する 子どもの ふりがな 名前 男・女(歳 ヶ月)	<input type="checkbox"/> 希望する 子どもの ふりがな 名前 男・女(歳 ヶ月)	<input type="checkbox"/> 希望する 子どもの ふりがな 名前 男・女(歳 ヶ月)
	子どもの ふりがな 名前 男・女(歳 ヶ月)	子どもの ふりがな 名前 男・女(歳 ヶ月)	子どもの ふりがな 名前 男・女(歳 ヶ月)
	子どもの ふりがな 名前 男・女(歳 ヶ月)	子どもの ふりがな 名前 男・女(歳 ヶ月)	子どもの ふりがな 名前 男・女(歳 ヶ月)
	子どもの ふりがな 名前 男・女(歳 ヶ月)	子どもの ふりがな 名前 男・女(歳 ヶ月)	子どもの ふりがな 名前 男・女(歳 ヶ月)
受付完了の返信	希望する <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ *「はい」の方は <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール	希望する <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ *「はい」の方は <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール	希望する <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ *「はい」の方は <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール

問い合わせ:静岡県健康福祉部こども未来局こども未来課 TEL 054-221-3485