別紙申込書（関係機関用）FAX用紙　　**FAX番号　０３（５３８８）１４０６**

**【申込先】**東京都福祉保健局少子社会対策部家庭支援課　石野

**参加申込書　　　　　　〆切日：定員になり次第締め切り**

|  |  |
| --- | --- |
| 会名 | **東京都小児慢性特定疾病児童等自立支援事業　相互交流支援**  **「心の栄養『感覚』について」**  **～感覚を使って楽しいコミュニケーション！　交流会　シリーズ（１）～** |
| 開催日時  開催会場 | **令和元年６月３０日（日曜日）　午後２時から午後４時まで**  **国立成育医療研究センター　1階講堂** |

**【申込日】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和元　年　６月　　　　日**

**【参加申込者】**

**○氏名・職種**

　　　　　　　　　　　　　　ふりがな

　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　職種

**○所属**

　　　　　　　　　　　　区市町村名　　　　　　　　　　　　機関名

**○確認の連絡先（電話にてご連絡できる）**

ふりがな

　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　電話番号

※定員を超えた場合等、参加をお断りする場合はご連絡いたします。