ＦＡＸ送信先　0776-20-0640

（「子どもの虐待防止推進全国フォーラム in ふくい」事務局）
※郵送の場合：〒910-8580 福井県福井市大手3丁目17-1
福井県健康福祉部子ども家庭課あて

参加申込書

申込締切：11/４（金）

・定員を超える申込があった場合は、先着順となりますのでご了承ください。
・申込みされたご本人全員に申込み結果をハガキにて回答いたします。

お名前 フリガナ（　　） （　男性　・　女性　）	**所　属**　※「○」をつけてください。 一般　都道府県庁　市区町村　児童相談所　保健機関 医療機関　教育機関　保育所　児童養護施設　里親 ファミリーホーム　児童委員　民間団体 その他（　　）

連絡先　〒　　ー

ご住所

（参加証の送付先）

電話番号　（　　）	FAX番号　（　　）

分科会のご希望　※希望する順に番号を記載してください（第２希望まで）。
なお、会場の都合により、ご希望に添えないことがありますので、ご了承ください。

時間　13時30分～16時

（　　）第１分科会「母子保健と児童福祉の連携～切れ目ない支援のために～」

（　　）第２分科会「市町村等地域の身近な場所における虐待ケース等への支援の在り方」

（　　）第３分科会「要保護児童対策地域協議会における関係機関の連携の在り方」

（　　）第４分科会「虐待の子どもへの影響～医療的観点から～」

（　　）第５分科会「社会的養護の子どもの自立支援～関係機関での連携の在り方～」

車いすのご利用　※車いすスペースご利用の方は「○」をつけてください。　（　　）利用する

託児のご希望　※１歳から就学前までのお子様。定員20名（乳児６名、幼児14名）、先着順。

お子さまの　フリガナ（　　）
お　名　前
（　　歳　　か月　／　男・女　）

お子さまの　フリガナ（　　）
お　名　前
（　　歳　　か月　／　男・女　）

特記事項　（アレルギーの有無、保育スタッフに伝えておきたいことなどあれば記載してください）

お弁当のご希望　※お茶付き　800円（税込み）

（　　）希望する　（　　）希望しない　（　　）その他【　　】

※　会場にて業者がお弁当を販売します（会場近辺には飲食店が少ないです）。あらかじめ必要数を把握したいので、購入希望の有無を教えて下さい。
複数個注文する方はその他に「○」をつけて、【　】に数量を記載してください。
代金は、当日の朝（～10:00）会場にて業者に直接お支払いいただき、食券をお受け取り下さい。

※個人情報は本フォーラムの運営に関する以外の目的には利用しません。