FAX 送信先

はまぐみ小児療育センター所長　宛

（担当者　療育支援室　新保）

FAX：０２５－２６６－０１５２

（送付文不要）

講座（　　／　　）受講申込書

希望回　　第　　回

参加者名（続柄）　　（　　）　　（　　）

連絡先（電話番号）

児童名（生年月日）　　（S・H　　年　　月　　日生）

保育園・学校等

市　町　村　名　　当所主治医

質問事項（ご自由にご記入ください）