

(あて先) 八戸市こども家庭相談室行き  
E-mail: kateisoudan@city.hachinohe.lg.jp  
F A X: 0178-38-0735

令和4年2月2日(水)開催

令和3年度 八戸圏域連携中枢都市圏 児童虐待防止研修会参加申込書  
(申込期日: 令和4年1月26日(水)まで)

下記のとおり申し込みます。

記

参加者名	区分	所属	連絡先 (電話番号)
	<input type="checkbox"/> 住民 <input type="checkbox"/> 福祉等専門機関職員 <input type="checkbox"/> 地域福祉関係者 <input type="checkbox"/> その他		
	<input type="checkbox"/> 住民 <input type="checkbox"/> 福祉等専門機関職員 <input type="checkbox"/> 地域福祉関係者 <input type="checkbox"/> その他		
	<input type="checkbox"/> 住民 <input type="checkbox"/> 福祉等専門機関職員 <input type="checkbox"/> 地域福祉関係者 <input type="checkbox"/> その他		

※「福祉等専門機関職員」以外の方は「所属」の記載は不要です。

※必ず連絡先を記載してください。