

ファックス申込書

庄内保健所 地域保健福祉課 精神保健福祉担当 行き

ファックス番号 0235-66-4053

(注) 添付書類は不要です。この用紙のみファックス送信してください。

下記内容で申し込みます。	申込み日 月 日	
(電話) - -	(ファックス) - -	
参加者氏名 (ふりがな) 例：庄内 太郎 (しょうない たろう)	本人との続柄 例：父	本人の診断名 (記入は任意)

◆会場案内



◆参加時のお願い

参加される方はマスクの着用・
自宅での検温をお願いします。
体調がすぐれない方は参加を
お控えください。

◆拡大図

