

令和7年度医療的ケア研修会参加申込書

所属機関名

申込担当者

TEL 011 222 222 2222

FAX _____

メールアドレス

※お間違いのないようお願いいたします

○事前質問（いずれかに☑） □あり →別紙を申込書に合わせて送付ください
 □なし

○参加申込者情報

	氏 名	職 種	医療的ケア児 への支援経験	※勤務先が富山 市外の場合 参加者の住所
1			☐ なし ☐ あり	☐ 富山市 ☐ 富山市以外
2			☐ なし ☐ あり	☐ 富山市 ☐ 富山市以外
3			☐ なし ☐ あり	☐ 富山市 ☐ 富山市以外
4			☐ なし ☐ あり	☐ 富山市 ☐ 富山市以外
5			☐ なし ☐ あり	☐ 富山市 ☐ 富山市以外

申込期限：令和7年10月15日（水）

提出先（メールアドレス）：kodomokenko@city.toyama.lg.jp

事前質問

所属機関名 _____

研修にあたり、質問や現在支援の中で困っていることなどがございましたら
ご記入ください。