申込書（FAX用）

令和７年度（2025年度）滝川保健所

第３回高次機能障がい者家族交流会

|  |
| --- |
| FAX：０１２５―２３－５５８３ |
| 送り先：滝川保健所健康推進課健康支援係 |

９月２日（火）までにお申込下さい

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| ○相談したいことなどご自由にご記入ください | |