

☆☆☆送付状をつけずこのまま送信してください。☆☆☆

都立小児総合医療センター 医事課医療連携係行 FAX 042-312-8146 電子メール sn\_iryoudenkei@tmhp.jp

### 東京都子供の心診療支援拠点病院事業 第47回児童・思春期公開講座「子供の心セミナー」受講申込書

日時:平成27年12月8日(火) 午後2時~午後4時45分 場所:都立小児総合医療センター1階 講堂フォレスト

※1機関2名までの申込みが可能となりますが、1機関お一人ずつお申込みください。なお、当日欠席のご連絡は不要です。

ふりがな				
漢字氏名				
所属勤務先	ふりがな			
	名称			
	住所	〒( )		
	所属種別番号	所属先の種別について、以下の番号を○(まる)で囲んでください。(小中、中高一貫校の場合は、ご担当の学校区分を選択ください。)		
	1. 区部小学校	2. 区部中学校	3. 市部小学校	4. 市部中学校
	5. 高等学校	6. 特別支援学校	7. 教育委員会・教育相談	8. 医療関係・都立精神保健福祉センター
	9. 児童養護施設・障害児者施設	10. 保健所・保健センター	11. 福祉事務所	12. 障害福祉担当
	13. 子ども家庭支援センター	14. 児童相談所	15. 幼稚園・保育所	16. 通所・通園・発達相談窓口
	17. その他の施設・機関	18. 小中、中高一貫校(学校区分: )		
連絡先	電話番号			
	FAX番号			
	メールアドレス			
※連絡先のアルファベットや数字は、文字を大きめに活字体でご記入をお願いします。特に、アルファベットのエルと数字のイチ、アルファベットのオーと数字のゼロなど、間違えやすい文字を明確に区別できるようご協力願います。 ※パソコンからBCCで一斉送信するメールが受信できるように設定をお願いします。				

**※お断りする場合または中止等の緊急連絡の場合のみ、事務局からご連絡いたします。参加の可否、残席の問い合わせにはお答えできません。**

※お問合せ先 都立小児総合医療センター医療連携室 三浦 電話 042-300-5111(代表)