**（別紙）**

**提出期限：各日程の1週間前まで**

**茨城県つくば保健所　保健指導課　大崎　行**

**TEL　：029－860－6002**

**FAX　：029－851－5680**

**E-mail：tsuho05＠pref.ibaraki.lg.jp**

**茨城県つくば保健所精神保健福祉の家族教室**

**参加申し込み**

**【開催日程】　①令和５年１０月２０日（金）　１３：３０～１５：００**

**②令和５年１１月２４日（金）　１３：３０～１５：００**

**③令和５年１２月１５日（金）　１３：３０～１５：００**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏名** | **市町村****（所属）** | **続柄** | **連絡先** | **参加される日（複数可）** |
| **電話番号** | **メールアドレス****（任意）** |
|  |  |  |  |  | 0 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |