

学童保育と作業療法連携セミナー参加申込み

お名前	
勤務先 (クラブ名等)	市・町
連絡先 (電話・メール)	
お立場 (該当に○印)	放課後児童クラブ職員 ・ 放課後子ども教室関係者 児童館職員 ・ 放課後等デイサービス職員 作業療法士 ・ 行政職員 ・ 議員 ・ 保護者 その他 ()

- ※ 申込みは、FAX または メールでお願いします。
- ※ 岩沼市・山元町の職員の皆さまは、担当部署にお申し込みください。
- ※ いただいた情報は厳重に管理し、学童保育と作業療法連携事業以外には使用いたしません。

申込み・問合せ先：宮城県学童保育緊急支援プロジェクト

F A X : 0 2 2 - 2 1 5 - 9 8 6 7

メール : miyagi_gakudou0311@yahoo.co.jp

電 話 : 0 9 0 - 1 9 3 0 - 4 9 0 8 (問合せのみ)