

熊本子育てネットカウンセリングF U研修会
参 加 申 込 書

保育園名（所属団体名） _____

支援センター名 _____

住 所 _____

電 話（FAX） _____（ _____ ）

参加者氏名

職 名

1 . _____

2 . _____

3 . _____

申込先 （ 高田東部保育園 ） FAX 0965 - 32 - 5496