

令和6年度 香川こどもフォーラム

児童・思春期における 地域連携と精神科入院治療

FAX 申込書

下記に必要事項をご記入の上、FAXにてお送りください。

対象：児童・思春期の子どもたちの支援に携わっている方

参加 ・ 不参加 （どちらかに○をつけてください）

参加希望者名

施設名(所属)

〒 -

ご住所

ご連絡先 TEL

ご連絡先 FAX

お申込先FAX：0877-56-3211

お申込み締切：2024年4月1日(月)必着



医療法人社団 五色会

中讃地域生活支援センター

TEL.0877-56-3200(担当:大田)