



お申込みはFAXにてお願いします。

FAX 017-732-1073 葛西行き

## 平成29年度 地域子育て支援拠点事業関係者研修会 申込書

### ★所属施設

市町村名		施設名	
電話番号		FAX番号	

### ★参加者名簿

支援業務経験年数	職名・氏名 (フリガナ)	情報交換会テーマ
3年未満・3～5年・5年以上		第1希望      第2希望
3年未満・3～5年・5年以上		第1希望      第2希望
希望会場に○を付けてください →	八戸市総合福祉会館 (6/21)	アピオあおもり (6/22)

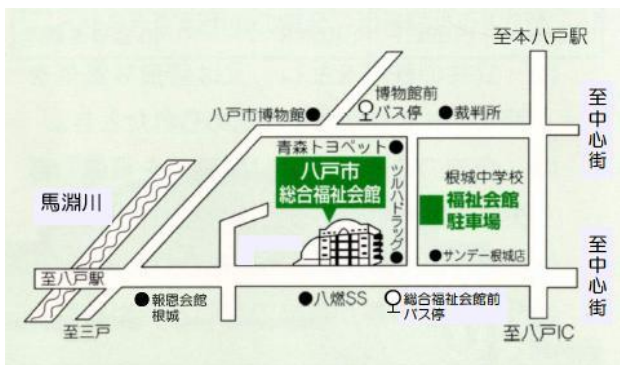
支援業務経験年数については、あてはまるものを○で囲み、情報交換会テーマ希望については、下記の中から希望するテーマを選び、記号をご記入ください。グループ分けの参考にさせていただきます。  
(ただし希望者数によっては、希望通りにならないこともありますのでご了承ください)

### ★情報交換会テーマ(グループ別)★

- A. 親対応について(子育て相談、クレーム対応など)
- B. 子ども対応について(発達障がい、トラブル対応など)
- C. 講座・イベントについて(内容、参加者の増減など)
- D. イベント以外について(設備、おもちゃ、過ごし方など)

※貴施設の「おたより」「行事予定表」等がございましたら当日、1部恵与くださいますようお願いいたします。  
参考資料として会場に掲示したいと思います。

八戸市総合福祉会館



アピオあおもり



お預かりした個人情報は、本事業の目的以外には使用いたしません。