

静岡県子育て支援実践交流会～つながる La・子育て！～

# 参加申込書

- 以下の項目に必要な事項をご記入の上、ファクスまたはメールでお申込みください。
- ご記入いただいた個人情報は本交流会の目的以外には使用しません。
- グループで参加の場合、希望するテーマ交流会が別の場合、別々の申込書でお申込みください。

**FAX.054-221-3521**      メール:kosodate-s@pref.shizuoka.lg.jp  
 締切:各会場によって締切日が異なります。

|       |   |
|-------|---|
| 参加者氏名 | (ふりがな) _____ )  |
|       | (ふりがな) _____ )  |
|       | (ふりがな) _____ )  |
| 所属団体名 | _____ )<br><input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> 任意団体 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) |
| 連絡先   | 〒 _____   |
|       | TEL. _____ FAX. _____   |
|       | mail. _____   |

該当する項目に ✓ をご記入ください。

| 参加希望会場                    | <input type="checkbox"/> 西部 (1/30)<br>会場:アクトシティ浜松<br>コンgresセンター 41会議室   | <input type="checkbox"/> 東部 (2/7)<br>会場:みしまプラザホテル 2階<br>「プロヴァンスの九月」   | <input type="checkbox"/> 中部 (2/17)<br>会場:静岡県男女共同参画センター<br>あざれあ  |
|---------------------------|---|---|---|
| 参加について                    | <input type="checkbox"/> 午前・午後 参加する<br><input type="checkbox"/> 午前のみ参加する<br><input type="checkbox"/> 午後のみ参加する | <input type="checkbox"/> 午前・午後 参加する<br><input type="checkbox"/> 午前のみ参加する<br><input type="checkbox"/> 午後のみ参加する | <input type="checkbox"/> 午前・午後 参加する<br><input type="checkbox"/> 午前のみ参加する<br><input type="checkbox"/> 午後のみ参加する |
| 参加を希望するテーマ交流会             | 第1希望 第(        )交流会<br>第2希望 第(        )交流会  | 第1希望 第(        )交流会<br>第2希望 第(        )交流会  | 第1希望 第(        )交流会<br>第2希望 第(        )交流会  |
| 昼食を希望しますか                 | 立食交流会に<br><input type="checkbox"/> 参加する (500円)<br><input type="checkbox"/> 参加しない                              | ランチを<br><input type="checkbox"/> 希望する (1,000円)<br><input type="checkbox"/> 希望しない                              | お弁当を<br><input type="checkbox"/> 希望する (500円)<br><input type="checkbox"/> 希望しない                                |
| 託児<br>(無料・定員15名)<br>※1歳以上 | <input type="checkbox"/> 希望する   | <input type="checkbox"/> 希望する   | <input type="checkbox"/> 希望する   |
|                           | 子どもの名前 _____ (ふりがな) _____<br>(        歳        ヶ月)  | 子どもの名前 _____ (ふりがな) _____<br>(        歳        ヶ月)  | 子どもの名前 _____ (ふりがな) _____<br>(        歳        ヶ月)  |
|                           | 子どもの名前 _____ (ふりがな) _____<br>(        歳        ヶ月)  | 子どもの名前 _____ (ふりがな) _____<br>(        歳        ヶ月)  | 子どもの名前 _____ (ふりがな) _____<br>(        歳        ヶ月)  |

問合せ:静岡県健康福祉部福祉子ども局子育て支援課 TEL.054-221-3485