**申込み締切り**

**平成29年１０月１６日(月)(●)**

**ＦＡＸ送信先 （084）928-7882**

**若年層支援者研修会 参加申込書**

**【 平成２９年１１月６日（月）開催 】**

|  |  |
| --- | --- |
| **所属機関・事業所名** |  |
| **所属機関・事業所の所在地****（いずれかに○印）** | 福山市　　府中市　　神石高原町　　それ以外の市町　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　） |
| **連絡先** | 電話：　　　　　　　　　　　　　FAX：　　　 |
| **職　　種** | 氏　　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* ご記入いただいた個人情報は，この研修会の実施目的のみに使用します。
* 電話番号につきましては，天候等の都合で中止となった場合のみ使用させていただきます。
* FAXでの申し込みが難しい場合は，電話での申し込みも可能です。

《 電話受付：月～金曜日(祝日を除く)　８：３０～１７：１５ 》

**講師への御質問**

**【会場案内図】**

**駐車場は福山市医師会立体駐車場を御利用ください。**

**入口は南側となりますので，お間違いのないようお願いいたします。**

**（立体駐車場以外には駐車しないようお願いします。）**

　なお、ご利用の際は、駐車料金を無料にする認証処理をさせて頂きますので、　駐車券をご持参の上、研修会会場受付にて認証を受けてください。

****

**医師会館立体駐車場入口**