

返信用 FAX 用紙
(FAX : 0877-85-9005)

別紙

四国こどもとおとなの医療センター
香川県児童虐待防止医療連携強化事業事務局 行

所属名： _____ 地区 小豆・高松・東讃・中讃・西讃

地区に○をお願い致します。

＜香川県児童虐待防止医療連携強化事業 平成 30 年度 第 2 回研修会＞
(香川県児童虐待防止医療連ネットワーク事業)

参加申込

—BEAMS Stage2 研修、ロールプレイに参加を希望される方で BEAMS Stage1 を受講されていない方は、BEAMS Stage1 の受講をお奨めします。—

御芳名	所属・職種	ご希望の研修を○で 囲んでください
	.	BEAMS Stage1 ・ BEAMS Stage2 ・ ロールプレイ
	.	BEAMS Stage1 ・ BEAMS Stage2 ・ ロールプレイ
	.	BEAMS Stage1 ・ BEAMS Stage2 ・ ロールプレイ
	.	BEAMS Stage1 ・ BEAMS Stage2 ・ ロールプレイ
	.	BEAMS Stage1 ・ BEAMS Stage2 ・ ロールプレイ
	.	BEAMS Stage1 ・ BEAMS Stage2 ・ ロールプレイ
	.	BEAMS Stage1 ・ BEAMS Stage2 ・ ロールプレイ

●会場及び資料準備の都合上、2月28日(木)までに FAX にてご返信をお願いいたします。