

FAX 送信先**088-823-9658****(「子どもの虐待防止推進全国フォーラム in こうち」事務局)**※郵送の場合：〒780-8570 高知県高知市丸ノ内1-2-20
高知県地域福祉部児童家庭課あて**参加申込書****申込締切：10/18 (水)**

- ・定員を超える申込があった場合は、先着順となりますのでご了承ください。
- ・申込みされたご本人全員に申込み結果をハガキにて回答いたします。

お名前		所属	※「○」をつけてください。
フリガナ ()		一般・都道府県庁・市区町村・児童相談所・保健機関 医療機関・教育機関・保育所・児童養護施設・里親 ファミリーホーム・児童委員・民間団体 (男性 ・ 女性)	その他 ()
連絡先	〒 -		
ご住所 (参加証の送付先)			
電話番号	()	FAX 番号	()
参加希望日			
() 2日間とも参加 (10月28日、29日)	() 10月28日のみ参加	() 10月29日のみ参加	
分科会のご希望	※希望する順に番号を記載してください(第2希望まで)。 なお、会場の都合により、ご希望に添えないことがありますので、ご了承ください。		
時間 9時15分～11時15分			
() 第1分科会「要保護児童対策地域協議会における要保護児童や保護者への支援と機関連携」			
() 第2分科会「妊娠期から子育て期までの切れ目のない総合的な支援」			
() 第3分科会「子ども食堂の取組」			
() 第4分科会「子育て支援から始める虐待予防～ペアレント・トレーニングを通して～」			
() 第5分科会「社会的養護における施設での支援の在り方」			
全体会のご希望	() 参加を希望する	() 参加を希望しない	
車いすのご利用	※車いすスペースご利用の方は「○」をつけてください。		() 利用する
託児のご希望	※1歳から就学前までのお子様。定員20名(乳児6名、幼児14名)、先着順。		
託児希望日	10月28日 ()	10月29日 ()	
お子様のお名前	フリガナ ()	(歳 か月 / 男・女)	
お子様のお名前	フリガナ ()	(歳 か月 / 男・女)	
特記事項	(保育スタッフに伝えておきたいことなどあれば記載してください)		
高知オレンジリボンキャンペーン「たすきウォーク」の参加希望			
() 参加を希望する	() 参加を希望しない	※本事業の開催詳細については、申込完了後郵送でご連絡いたします。	

※個人情報本フォーラムの運営以外の目的には利用しません。