FAX ※送付票不要

0565－21－5003

【会場参加用　申込用紙】

令和８年度 エポレ精神保健福祉家族教室

【１人目】

氏名（フリガナ）	連絡先（※日中つながる連絡先）	参加希望回
		□ 第１回 □ 第２回
※差し支えなければ、お答えください ①お立場　□ 家族　□ 当事者　□ 行政　□ 医療福祉関係者　□ その他（　　） ②お住まい　□ 豊田市　□ その他（　　）		

【２人目】

氏名（フリガナ）	連絡先（※日中つながる連絡先）	参加希望回
		□ 第１回 □ 第２回
※差し支えなければ、お答えください ①お立場　□ 家族　□ 当事者　□ 行政　□ 医療福祉関係者　□ その他（　　） ②お住まい　□ 豊田市　□ その他（　　）		

●質問

※事前に質問がある方はこちらにご記入ください。当日全ての質問にお答えできるわけではありません。

※　受付完了のご連絡はしておりません。定員を超えた場合等はご連絡いたします。

【問合せ】
地域生活支援センター　エポレ
ＴＥＬ：０５６５－２５－００５２