※添書不要　令和元年度　福島県県北保健福祉事務所・福島市　小児慢性特定疾病児童等自立支援事業

　　送付先　　福島県県北保健福祉事務所

　　児童家庭支援チーム宛　　FAX　０２４－５３４－４１０５

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　０２４－５３４－４１５５

**交流会「子どもに病気のこと伝える」**

**ＦＡＸ申込書**

**申込期限　令和元年11月29日(金)**

|  |  |
| --- | --- |
| 参加者 | 【 母 ・ 父 ・ 祖父母 ・ その他(　　　　　　)】  お住まいの市町村：  日中連絡の取れる電話番号： |
| 対象者 | 対象となるお子さんの  お子さんの年齢：  お子さんの病名： |
| 悩んでいること  話したいこと  聞きたいこと |  |
| 託児の希望 | **有　・　無**  ※**有**の場合は、託児希望のお子さんについて○をつけ、それぞれ年齢をご記入ください。  　本人（対象となるお子さん）　・　本人のきょうだい  （　　　歳　　ヶ月）、（　　　歳　　ヶ月）、（　　　歳　　ヶ月）  **※託児中お子さんに必要なものをお持ちください。**  **（ミルク、オムツ、着替え、水分補給用飲み物等）**  **※託児上、配慮が必要な場合は内容についてご記入ください。** |

　　　　　　　　　　　　　　※ご記入いただいた個人情報は当交流会以外には使用いたしません