別紙

（ファクシミリ施行）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊添書（送り状）は不要です。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【あて先】東部保健福祉事務所　母子・障害班（石巻保健所）**FAX：0225-94-8982** | 【件名】「11/7（火）自死対策研修会について」　　　　　　　（回答） | 【発信日】平成29年　　月　　日発信者 |

　　　　　　　御所属　　　　　　　　　　　　　　　御担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 職名・職種 | 氏　　名 | 備考 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |

**＊締め切り：10月27日（金）**までにお願いいたします。

**【問い合わせ先】**

〒986-0812

石巻市東中里１-４-３２ 宮城県石巻合同庁舎内

東部保健福祉事務所（石巻保健所）母子・障害班

TEL：０２２５－９５－１４３１

　　　　　　　　　　　　　　　　　担当：小笠原