

(様式—1)

巡回相談会申込書

山口県母子・父子福祉センター

[母子家庭等就業・自立支援センター]

| | | | | |
|------------------------|---------|---------|----|---|
| ご住所 | 郵便番号 | | | — |
| フリガナ | | | 生年 | |
| お名前 | | | 月日 | |
| | | | 年齢 | 歳 |
| ご連絡先 | 電話番号 | FAX番号 | | |
| | 携帯番号 | メールアドレス | | |
| 【ご希望相談日時・会場の選択】 | | | | |
| 第1 希望 | 会場 | 希望時間； | | |
| | 月 日 () | 内 容； | | |
| 第2 希望 | 会場 | 希望時間； | | |
| | 月 日 () | 内 容； | | |

※ ご希望の期日及び時間に先約があった場合、事務局よりご連絡させていただきます。

申し込み方法

【電 話】 〈電話で申し込みの場合〉

下記の連絡先まで直接、申し込みください。

【FAX】 〈相談申込用紙使用の場合〉

申込書に希望日時等必要事項を記入のうえ、送付（FAX可）してください。

※ 申し込み・問い合わせ先；

山口県母子・父子福祉センター ☎ 083-923-2490

事務局 FAX 083-923-2499

〒 753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1 県総合保健会館 2階