

(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 ー		
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 月 日 ()	希望時間 ; 内 容 ;	
第2 希望	会場 月 日 ()	希望時間 ; 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