

【島根県福祉人材センター宛 FAX0852-32-5956】 申込み〆切：9/2(月)

令和元年度メンタルヘルス研修Ⅰ～一般職コース～ 受講申込書

記入日： 年 月 日

○受講者情報（受講決定通知書送付先）

ふりがな		性別	優先順位 * 同一事業所から複数の場合
氏名		男・女	()人中()番
ふりがな		ふりがな	
法人名		事業所名	
福祉職経験年数 (R1.8月末現在)		役職名	
年	ヶ月		
希望会場 ※○で選択してください。		島根県社会福祉協議会の (○で選択)	
松江 (10/2)	浜田 (10/1)	会員・非会員	
所在地・ 連絡先 (決定通知送付先)	〒 -		
	TEL	- -	FAX (緊急連絡先) - -
	連絡担当者：		

○受講者事前アンケート

※職場のメンタルヘルスについて、知りたいこと、不安に思っていることはどのようなことですか。

※記載された個人情報、本研修会以外の目的には使用しません。