

【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Ⅱ～管理職員コース～ 受講申込書

記入日：令和 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 (10/31)	浜田 (11/1)	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

①研修で身につけたいことはどのようなことですか
②職場のメンタルヘルスにおいて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。