

【島根県福祉人材センター宛 FAX0852-32-5956】 申込み〆切：8/31(月)

## 令和2年度メンタルヘルス研修Ⅱ～管理監督職コース～ 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 (R2.3月末現在)		役職名	島根県社会福祉協議会の (○) で選択
年 月			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は、本研修会以外の目的には使用しません。