

【島根県福祉人材センター宛 FAX0852-32-5956】

令和3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

申込み締切：7/19(月)

○受講決定通知書送付先

| | | | |
|--------------------|--------------------------|----------------|--|
| 法人名 | | | |
| 所在地 (受講決定通知送付先) | 〒 - | | |
| TEL | | FAX (緊急連絡先) | |
| 連絡担当者 | 島根県社会福祉協議会の会員・非会員 (○で選択) | | |
| | 会員 ・ 非会員 | | |

○受講者情報

| | | | |
|--|--|-----|-------------------|
| 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 |
| 事業所名 | | 役職名 | 福祉職経験年数(Ｒ3.7月末現在) |
| | | | 年 月 |
| 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など。 | | | |

| | | | |
|--|--|-----|-------------------|
| 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 |
| 事業所名 | | 役職名 | 福祉職経験年数(Ｒ3.7月末現在) |
| | | | 年 月 |
| 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など。 | | | |

※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。