

メンタルヘルス所属所訪問相談（臨床心理士派遣）申込書

令和 年 月 日

公立学校共済組合広島支部長 様

所属所名 _____

所属所長名 _____

※〇〇市（町）立等からご記入ください。
(電話番号 _____)

次のとおり、臨床心理士（こころの健康心理相談員）の派遣を希望します。

派 遣 希 望		相 談 予 定 者 (職名・人数)
希望順位	希 望 日 時	
1	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	・ 人
2	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	・ 人
3	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	・ 人

連絡調整担当者 職・氏名	
メールアドレス	

【お申込みについてのご注意】

- こころの健康心理相談員の都合がご希望の日程に合わない場合もございます。
その場合には別途日程調整をさせていただくこともありますので、ご承知おきください。
- 希望日程は原則として2週間以降先の希望をお書きください。