

## メンタルヘルスセミナー講師（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（団体）名 \_\_\_\_\_

所属所長（代表者）氏名 \_\_\_\_\_

※所属所の場合〇〇市（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。

講演希望テーマ			
希望日時	第1希望	令和 年 月 日（ ）	時 分 ～ 時 分
	第2希望	令和 年 月 日（ ）	時 分 ～ 時 分
	第3希望	令和 年 月 日（ ）	時 分 ～ 時 分
対象者			
予定人数			
実施場所			
〔講演内容についての要望，希望など〕			
〔その他〕セミナー後にメンタルヘルス相談を希望する場合は，こちらに記入してください。			

セミナー担当者 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。