

メンタルヘルスケアサポート事業実施報告書

公立学校共済組合茨城支部長 殿

所 属 所 名
組 織 コ ー ド
所 属 所 長 名
担 当 者 名
連 絡 先 (TEL)

メンタルヘルスケアに関する講習会等を下記のとおり開催したので、実施要項に基づき報告します。

記

講習会等名称	
実施日時	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
実施方法	会場型による講演等 ・ オンライン講演等 ※ 1つを選んで○で囲んでください。
会場名 及び住所 (番地まで)	
参加人数	人
講習会等実施 テーマ番号	1 ・ 2 ※ 番号を1つを選んで○で囲んでください。各番号のテーマは実施要項集を参照してください。
実施内容及び 感想等	※ 今後の本事業の参考とするため、感想など忌憚のないご意見をお聞かせください。

※講習会終了後14日以内に提出してください。