

メンタルヘルスケアサポート事業申込書

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するので、講師の派遣を依頼します。

記

講習会等名称	
希望する講師派遣テーマ番号	1 ・ 2 ・ 3 ※ 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。
希望する実施方法	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。
希望する講習会等の内容	
講習会等時	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 第4希望 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 第5希望 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 ※7、8月を希望する場合、第4希望以降は必ずそれ以外の月を記入してください。
会場名及び住所(番地まで)	
参加予定人数	人