

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 予 定 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 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