

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<br>※ 1つを選んで○で囲んでください。                          |
| 会場名及び住所<br>（番地まで） |                                                                               |
| 参加人数              | 人                                                                             |
| 講習会等実施<br>テーマ番号   | 1      ・      2      ・      3<br>※ 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         |                                                                               |

※講演会等終了後、14日以内に提出してください。