

様式1

メンタルヘルス講師派遣申請書

希望コース		
希望日時	第1希望 :	月 日 () 時 分 ~ 時 分
	第2希望 :	月 日 () 時 分 ~ 時 分
	第3希望 :	月 日 () 時 分 ~ 時 分
開催場所		
開催住所	〒	
連絡先等 <small>(*メールによる連絡を推奨)</small>	担当者氏名 メールアドレス	Tel. _____ @
参加予定人数 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> 管理職 () 人 <input type="checkbox"/> 教職員 () 人 <input type="checkbox"/> 栄養職員 () 人	<input type="checkbox"/> 事務職員 () 人 <input type="checkbox"/> その他 () 人
本事業に 求める内容	講師選任の参考として、お申込の経緯や目的等がありましたら自由にお書きください。	
機材について	講師が持参するUSB等の機器を利用可能なPC：有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> * 「無」の場合、あらかじめメール等でデータをお送りします。 * 当日はPowerPoint・Excel形式などのファイルを使用します。	
備 考		
上記のとおり申請します。		
年 月 日		
公立学校共済組合石川支部長 殿		住所 代表者

- * 備考欄には実施に当たっての要望等がありましたら記載してください。
- * 講師の日程の都合によっては、希望に添えない場合もありますのでご了承ください。
- * 各コース決定の後、講師等から講義内容等について打合せの連絡がありますので、ご対応ください。

メンタルヘルス講師派遣報告書

開催日時	年 月 日 (時 分～ 時 分)
開催場所	
希望コース	コース名 講師名等 :
参加人数 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> 管理職 () 人 <input type="checkbox"/> 事務職員 () 人 <input type="checkbox"/> 教職員 () 人 <input type="checkbox"/> その他 () 人 <input type="checkbox"/> 栄養職員 () 人
講義内容 及び成果	
備考	
<p>上記のとおり報告します。</p> <p>年 月 日</p> <p>公立学校共済組合石川支部長 殿 住所 代表者</p>	

* 備考欄には実施に当たっての問題点、課題等がありましたら記載してください。