

様式1

メンタルヘルスサポート講師派遣申請書

希望コース (いずれかに丸印をつけてください)	A コース	講義とメンタルヘルストレーニング			
	B コース	個別カウンセリング			
希望日時	第1希望 :	月	日 ()	時	分 ~
	第2希望 :	月	日 ()	時	分 ~
	第3希望 :	月	日 ()	時	分 ~
開催場所					
開催住所					
連絡先	担当者氏名		TEL		
参加予定人数 (該当にチェック)	☐ 管理職 () 人 ☐ 教職員 () 人 ☐ 栄養職員 () 人		☐ 事務職員 () 人 ☐ その他 () 人		
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。
 * Bコース決定の場合は後日、北陸中央病院臨床心理士から詳細な打合せがあります。

様式2

メンタルヘルスサポート講義等報告書

希望コース

開催日時	平成 年 月 日 (時 分 ~ 時 分)
開催場所	
希望コース	A コース B コース 講師名等 :
参加人数 (該当にチェック)	☐ 管理職 () 人 ☐ 事務職員 () 人 ☐ 教職員 () 人 ☐ その他 () 人 ☐ 栄養職員 () 人
講義内容 及び成果	
備 考	
上記のとおり報告します。 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問題点、課題等がありましたら記載してください。