大阪メンタルヘルス総合センター（OMC）研修講師派遣事業実施報告書

大阪メンタルヘルス総合センター　様

年　　月　　日

標記について、以下のとおり実施しましたので報告します。

主催団体名（学校等の名称）			代表者	印
連絡先	担当者名		電話番号	
	メールアドレス			

研修会報告

開催日時	参加人数　＊1
年　　月　　日（　）　　時　　分 ～　　時　　分	

開催場所名	開催場所住所

講　師	
医師　・　臨床心理士　　（名前）	[記載しないでください] 内部　・外部

研修内容＊2 個別相談実施（　有　・　無　）
講師・OMCへの要望＊3
備考＊4

＊1　研修会に参加された実人数をご記入ください。
＊2　申込書で選択した、研修内容をご記入ください。
　　「7　その他」を選択した場合、その内容をご記入ください。当日のレジュメ等に代えていただいても結構です
＊3　事業改善のための参考としますので、受講者の感想や要望があればお聞かせください。
＊4　特記事項があればご記入ください。

※　本報告書を記入後（**代表者印押印**）、実施日から1週間以内にOMCへ郵送で提出してください。

大阪メンタルヘルス総合センター（OMC）
（所在地）　〒556-0014　大阪市浪速区大国1－10－3
（電　話）　0120－556－879(こころ　はなやぐ)