

大阪メンタルヘルス総合センター（OMC）職場研修支援事業実施報告書

提出日 令和 年 月 日

主体団体名 (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		

1 実施日時 集合 令和 年 月 日 () : ~ eラーニング 令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()

2 実施形態 対面での研修会 (+個別相談会)

※1つを選択

開催場所	
住所	

オンラインでの研修会

開催場所	
住所	

eラーニングの受講

3 参加人数 研修会に参加された実人数をご記入ください

参加人数 名

4 研修内容 申込書で選択した、研修内容をご記入ください。 ※例：0a 教職員のメンタルヘルス

(対面での研修の場合) 個別相談の実施 : 有 無

5 ご意見・ご要望 事業改善のための参考としますので、受講者の感想やご要望があればお聞かせください。

6 備考 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。

【送付先】〒664-8533 兵庫県伊丹市車塚3-1 近畿中央病院内 【TEL】0120-556-879

大阪メンタルヘルス総合センター（OMC）