

【様式第5号】相談員派遣型

令和 第 年 月 日

公立学校共済組合佐賀支部長 様

所属名	
担当者（役職・氏名）	
電話番号	

「健康・メンタルヘルス出前講座」利用申請書（相談員派遣型）

実施要項に基づき、個別相談会を実施するため、下記のとおり申請します。

記

実施予定の相談について

相談日時	第1希望	令和 年 月 日（ ） : ~ :
	第2希望	令和 年 月 日（ ） : ~ :
相談員派遣場所 （住所）	〔〒 〕	
相談予定人数	名	
相談員職種	公認心理師 / 臨床心理士 / 保健師 / その他（ ）	
希望相談員	(第1希望: ) 相談員	
	(第2希望: ) 相談員	
	(第3希望: ) 相談員	
	相談員名等	所属 氏名

◆相談員派遣型について

相談時間は原則2時間以上とし、一人当りの相談時間は概ね60分で、またグループでの相談もできます。相談員として所属のスクールカウンセラーを希望する場合は、事前に共済組合に相談してください。相談時間の延長及び相談人数等については、所属担当者と相談員の打ち合わせとなります。