

(様式 1)

富士・東部保健所あて (FAX 0555 - 24 - 9037)

富士・東部保健所出張メンタルヘルス講座申込書

申込年月日	平成 年 月 日 ()		
事業所 (団体) 名			
担当者	部署		
	氏名		
連絡先	電話		
	FAX		
	E-mail		

希 望 内 容		
内容 希望する項目の【 】 に印をつけてください。	【 】	精神科医師等による講話
	【 】	保健所職員によるこころの健康相談
予定参加者数	約	名
希望日時 (木・ 土・日・ 祝祭日除 く)	第一希望	平成 年 月 日 () : ~ :
	第二希望	平成 年 月 日 () : ~ :
	第三希望	平成 年 月 日 () : ~ :
会場	名称	
	住所	
	電話番号	
備考 事業所 (団体) の概要 や講座受講予定者の概要 を記入して下さい。		