

令和 5年 月 日

令和5年度精神保健福祉関係職員研修「基礎研修」

参加申込書 [申し込み期限 6月9日(金)]

所属名 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

1 参加者氏名

所属機関・課(係) 職名	氏名	精神保健福祉 業務経験年数	受講方法 ※1 (いずれかに○)	受講方法※2
		年	複数受講者の同一 端末使用 あり・なし	
	e-mail アドレス:			
		年	複数受講者の同一 端末使用 あり・なし	
	e-mail アドレス:			
		年	複数受講者の同一 端末使用 あり・なし	
	e-mail アドレス:			

※1 :事例検討におけるグループ分けの参考にしますので、複数の参加者が同一端末で受講する場合には、その旨をご記載ください。

※2 :2日間受講が原則ですが、やむを得ず参加できない場合はその旨を記載してください。

2 講師に質問したいことがありましたら御記入ください。

(_____)