締め切り：令和元年５月１５日（水）必着

**奈良県精神保健福祉センター　対馬 あて（※送信票は不要です。）**

**FAX送信先：０７４４－４２－１６０３**

**「第１回精神保健福祉担当者研修会参加申込書」**

**第1回目・第2回目**＊どちらかに○をつけてください

※1カ所につき複数人で申し込まれる場合も各個人でご提出ください

※個人情報は研修の目的以外使用しません

※申込み状況によっては、抽選させていただく場合があります。また、同じ所属から複数人の申込みの場合は参加人数を調整させていただく場合があります。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　　　　名 |  |
| 所　　　　　　属 |  |
| 連絡先（電話番号） |  |
| 〃 （FAX番号） |  |
| 貴相談支援事業所における利用者数 |  | 左記のうち精神障害のある方の人数 |  |

**※必須【グループワーク時の班編制に利用するため日々の業務で悩んでいることや学びたいこと等を必ずご記入ください】**

|  |
| --- |
|  |