

## 職場における心の健康出前講座 申込書

事業所・学校等の 名称・住所		〒		
連 絡 先	担当者 ご氏名			
	電話 番号			
	FAX番号			
	E-mail アドレス			
開催希望 日時		※実施可能な日時をなるべく別曜日で3日ご記入ください。		
		月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )
		時 分～	時 分～	時 分～
会 場 名				
会場所在地 (TEL)		〒 (TEL )		
会合の名称				
参加対象者・人数		・ 名		
希望の内容 (テーマ)				

- 必要事項を記入し、FAX、E-mail 又は郵送で下記までお申し込みください。
- 日程については希望日時の中で調整させていただきますので、必ず可能な日時をご記入ください。事前準備が必要なため、講師決定後のキャンセル・日程変更は認められませんのでご注意ください。(やむを得ない事情を除く)
- 日程調整後、(公社)富山県精神保健福祉協会から詳細のご連絡をいたします。

<申込先>

〒930-0887 富山市五福 474-2

(公社)富山県精神保健福祉協会

TEL 076-433-0383

FAX 076-433-6695

E-mail : seihofky@yu.incl.ne.jp