

「地域向け DV 予防研修」 申込用紙

団体名		代表者名	
所在地		連絡先 電話番号	
担当者名			

実施希望時期

* 希望日が確定している場合は具体的な期日を、そうでない場合は、〇月前半・後半、上旬・中旬・下旬等、なるべく具体的に御記入ください。

第 1 希望		第 2 希望	
--------	--	--------	--

対象者

人数	
----	--

その他(御質問、御意見等ありましたら、御記入ください。)

◇お問い合わせ・申込み先◇

【東部】 鳥取県福祉相談センター 女性相談課

(電話) 0857-23-6215 (FAX) 0857-21-3025

【中部】 鳥取県中部総合事務所福祉保健局障がい者支援課 心と女性の相談担当

(電話) 0858-23-3152 (FAX) 0858-23-4803

【西部】 鳥取県西部総合事務所福祉保健局障がい者支援課 心と女性の相談担当

(電話) 0859-31-9304 (FAX) 0859-34-1392