

企業向けメンタルヘルス出前講座申請書

※FAXの場合、このまま送信してください。

令和 年 月 日

鳥取県中部総合事務所長 様

1. 申請者

団体名			
住所	〒 _____		
代表者	(職)	(氏名)	
連絡先	(担当者名)	(電話)	
	(メールアドレス)		

2. 開催予定

名称	※開催する研修会等の名称があれば記入してください。		
会場	名称		
	住所		
	連絡先	(電話)	
日時	開催予定	令和 年 月 日 ()	時 分から 時 分まで
	第2希望	令和 年 月 日 ()	時 分から 時 分まで
	第3希望	令和 年 月 日 ()	時 分から 時 分まで
受講者	対象	※職種、職位等。	
	人数		

3. 希望事項

その他	※講座の実施に際して何か希望があれば記入してください。
-----	-----------------------------

申込先

鳥取県中部総合事務所福祉保健局 障がい者支援課

鳥取県倉吉市東巖城町2

電話：0858-23-3127 FAX：0858-23-4803

e-mail：chubu_fukushihoken@pref.tottori.lg.jp