

大分市保健所 保健予防課 精神保健担当班 行  
FAX : 097-532-3356

## ゲートキーパー養成研修会 出張講座 受講申込書

令和 年 月 日

団体名

担当者名前

住所

電話番号

出張講座を受講したいので、下記のとおり申し込みます。

希望日時	第1希望
	年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
	第2希望
	年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
場所(住所)	
受講人数	人
受講目的	
備考	(受講に際して希望等がある場合は記入してください。)

※FAXの場合、表面連絡先(097-536-2852)まで送信した旨をご一報いただけますと幸いです。