

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。