

大分市保健所 保健予防課 精神保健担当班 行  
FAX 097-532-3356 (別途送信票は不要です)

## ゲートキーパー研修会参加申込書 (基礎コース)

実施日時 令和8年8月18日 14時~(会場 大分市保健所 6階大会議室)

申込受付期間 7月1日(水)~7月31日(金)

	氏名	該当する項目に○をしてください		
申込 代表者		一般(他項目該当なし)	<input type="checkbox"/>	学生
		民生委員・児童委員	<input type="checkbox"/>	健康推進員
		自治委員	<input type="checkbox"/>	その他地域役員
同時 申込者 1		一般(他項目該当なし)	<input type="checkbox"/>	学生
		民生委員・児童委員	<input type="checkbox"/>	健康推進員
		自治委員	<input type="checkbox"/>	その他地域役員
同時 申込者 2		一般(他項目該当なし)	<input type="checkbox"/>	学生
		民生委員・児童委員	<input type="checkbox"/>	健康推進員
		自治委員	<input type="checkbox"/>	その他地域役員

### ■代表者のみご記入ください

緊急連絡先電話番号 ※荒天中止など、緊急連絡時に使用します。 日中連絡が可能な電話番号を記入してください。	- - ( ) 様方
小学校校区 ※お住いの小学校校区を教えてください。	
これまでに「ゲートキーパー」という言葉を聞いたことがありますか。	はい ・ いいえ

【申込み・問い合わせ先】  
大分市保健所 保健予防課  
精神保健担当班  
TEL 097-536-2852  
FAX 097-532-3356