

<別紙>

送信票不要

**FAX 082-885-3447**

宛先：県立総合精神保健福祉センター  
地域支援課 松岡，井口 行  
(電話：082-884-1051)

平成 30 年度 精神保健福祉研修申込書

機関名 \_\_\_\_\_

担当者 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

研修会名：相談対応の基礎

開催日：10月15日（月）

所 属（課）	職 名	ふりがな 氏 名	備考

- (注 1) 参加申込書に記載された個人情報は、本研修会の運営のためにのみ使用します。
- (注 2) 申込みが定員を超えた場合は、先着順を基本として調整し、参加をお断りする場合のみ、開催 1 週間前までに受講希望者に広島県立総合精神保健福祉センターから直接連絡します。
- (注 3) 研修会申込書は、申し込み締め切り 10 月 1 日（月）までに F A X またはメールにて提出してください。

看護協会広報分申込書