

# 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倉吉保健所    健康支援総務課

鳥取県倉吉市東巖城町2

電 話：0858-23-3921    FAX：0858-23-4803

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