職場のメンタルヘルス等向上事業申込書

年　　月　　日

一般社団法人京都府臨床心理士会会長　様

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者職氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

職場のメンタルヘルス等向上事業について、以下のとおり申し込みます。

事業所名		
連絡先	住所	
	電話番号	
	FAX番号	
	メール	
	担当者職氏名	
ご希望の研修テーマを記載してください。		
形式等（チェックをお願いします。） □ 講義形式（対面）　□ 講義形式（オンライン） □ 体験ワーク形式（対面）　□ 体験ワーク形式（オンライン） □ その他（　　）		
希望日※2	第1希望：　年　月　日（　）　時　分～　時　分	
	第2希望：　年　月　日（　）　時　分～　時　分	
	第3希望：　年　月　日（　）　時　分～　時　分	
参加予定人数		
会場名		
会場住所		
会場連絡先		
その他希望等		

※1　個人の方を対象としたカウンセリング等の直接支援は行いません。

※2　１回あたり２時間程度とさせていただきます。

（※日時について希望に添えない場合は、相談させていただきます。）