**職場のメンタルヘルス等向上事業申込書**

　　令和 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 |  |
| ご担当者 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：令和　　年　　月　　日（　　）  　　　時　　分　～　　　時　　　分 |
| 第２希望：令和　　年　　月　　日（　　）  　　　時　　分　～　　　時　　　分 |
| 第３希望：令和　　年　　月　　日（　　）  　　　時　　分　～　　時　　　分 |
| 参加予定人数 | | 名　～　　名 |
| 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。）