地域で暮らす精神障がい者を支えるための研修

Fax　送信票

申込日：　　月　　日（　）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者 | 団体名  所属名 |  | | 氏名 |  |
| 所属種別  （主所属一つ  　に〇） | １．市職員　　　　　　　　　　　　２．障害児・者相談支援事業所  ３．地域包括支援センター　　　　　４. 居宅介護事業所  ５. 　障害福祉サービス事業所　　　　６．精神科医療機関  ７. 訪問看護ステーション　　　　　８.　民生委員・児童委員  ９. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　） | | | | |
| 連絡先  （緊急時用） | 連絡先  (一つに〇) | １．所属　　　　　２．自宅 | | | |
| 電　話 | |  | | |
| E-mail | | ※事前に資料を送ることはありません。 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 聞きたい  こと | 講師に聞きたいこと  当事者に聞きたいこと   * 記載いただいた内容は、研修講義や意見交換で参考にさせていただきます。お時間の都合上すべてのご質問にお答えできない場合があります。予めご了承ください。 |

**送付先**

**令和７年９月16日（火）まで**

鎌倉保健福祉事務所三崎センター保健予防課　宛

　ﾌｧｸｼﾐﾘ　:　046-881-7199