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