

精神障がいの理解と対応に関する研修 参加申込書(ファクシミリ送信票)

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. 障害児・者相談支援事業所 2. 地域包括支援センター 3. 居宅介護支援事業所 4. 訪問・通所介護事業所 5. 地域包括支援センター 6. 障害福祉サービス事業所 7. 精神科医療機関 8. 訪問看護ステーション 9. 民生委員・児童委員 10. 市職員 11. その他 ()			
連絡先 (緊急時用)	連絡先 (一つに〇)	1. 所属 2. 個人		
	電 話			
	E-mail	※事前に資料を送ることはありません。		

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

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

申込締切：令和8年7月15日(水)まで(先着順)