メンタルヘルス研修会への講師派遣申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 互助団体名 | （団体コード　　　　　） |
| 研修会開催希望日 | 第１希望日：　　　　年　　月　　日（　　）第２希望日：　　　　年　　月　　日（　　）第３希望日：　　　　年　　月　　日（　　） |
| 研修時間 | 時　　分　～　　時　　分 |
| 研修場所及び住所 | 場所：住所： |
| 研修対象者 | 管理監督職員　　・　　一 般 職 員その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　（約　　　　人） |
| 研修内容※ご計画の研修内容を記入してください。 |  |
| 担当者 | 所　　属：職・氏名：電　　話：（　　　　　）　　　　　－　　　　　　　　　　（内線　　　　　）Ｆ Ａ Ｘ：（　　　　　）　　　　　－電子ﾒｰﾙ： |
| 連絡事項 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 提 出 先： | 長野県市町村職員互助会 |
| Ｆ Ａ Ｘ： | ０２６－２３５－２０６４ |
| Ｅメール： | （一般） | gojyokai@avis.ne.jp |
|  | （LGWAN） | gojokai.choson@union.nagano-map.lg.jp |