

職場でメンタルヘルス出前講座申込書

※FAX の場合、このまま送信ください。

FAX : 6 5 - 1 7 1 1

①申請者

事業所名	
住所	〒 ー 長浜市
代表者	(職) (氏名)
連絡先	(担当者名) (電話)
	(メールアドレス)

②開催予定

会場	名称
	住所
	連絡先（電話）
日時	第 1 希望 令和 年 月 日（ ） 時～
	第 2 希望 令和 年 月 日（ ） 時～
	第 3 希望 令和 年 月 日（ ） 時～
受講者	対象（職種・職位等）
	人数

③その他

講座の実施に際して何か希望があれば記入ください。