|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 住所 | 〒　　　　－  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） |

①申請者

**※FAXの場合、このまま送信ください。**

**FAX：６５－１７１１（長浜市健康推進課）**

職場でメンタルヘルス出前講座申込書

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。 |