

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：65-1711

①申請者

事業所名	
住所	〒 — 長浜市
連絡先	(担当者名)
	(電話)
	(メールアドレス)

②開催予定

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～
受講者数	人

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。

※後日、担当者からご連絡させていただきます。