（別紙）

香川県ゲートキーパー普及啓発事業（講師派遣）申込書

　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者 | 団体の名称 |  | | |
| 団体の代表者 |  | | |
| 連絡先  (住所・担当者名・連絡先) | 住所： |  | |
| 担当者名： |  | |
| ＴＥＬ: |  | |
| ＦＡＸ: |  | |
| E-mail： |  | |
| 対象者 |  | | |
| 参加予定人数 | 人 | | |
| 開催日・場所 | 希望日時  （時間設定の目安は90分） |  | | |
| 開催場所の名称・所在地 |  | | |
| 研修を希望する動機・背景等 | |  | | |
| 設備等 | | パソコン | | 有　・　無 |
| プロジェクター | | 有　・　無 |
| スクリーン | | 有　・　無 |
| ホワイトボード | | 有　・　無 |

（別紙）

記入例

香川県ゲートキーパー普及啓発事業（講師派遣）申込書

◇年◆月■日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者 | 団体の名称 | 精神保健福祉センター | | |
| 団体の代表者 | 所長　　○○○○ | | |
| 連絡先  (住所・担当者名・連絡先) | 住所： | 高松市松島町1丁目17-28 | |
| 担当者名： | △△△△ | |
| ＴＥＬ: | 087-804-5565 | |
| ＦＡＸ: | 087-835-5474 | |
| E-mail： | seishinhoken@pref.kagawa.lg.jp | |
| 対象者 | センタ―職員 | | |
| 参加予定人数 | ２０人 | | |
| 開催日・場所 | 希望日時  （時間設定の目安は90分） | ○年△月□日（●曜日）10:00～11:30 | | |
| 開催場所の名称・所在地 | 精神保健福祉センター  高松市松島町1丁目17-28 | | |
| 研修を希望する動機・背景等 | | 職員間で悩みごとを相談しやすい環境をつくるため、職員にゲートキーパーの役割や心得を学ぶ機会にしたい。  　対象者は、20～60歳代の精神保健福祉相談員や事務職員である。 | | |
| 設備等 | | パソコン | | 有　・　無 |
| プロジェクター | | 有　・　無 |
| スクリーン | | 有　・　無 |
| ホワイトボード | | 有　・　無 |