

# 「京都府こころの健康推進員養成講座」 受講申込書

ふりがな		男・女	昭和 平成 令和	年	月	日生
氏名			年齢( ) 歳)			
住所	(〒 - ) 電話( ) -					
メールアドレス						
職業						
受講の動機についてお書きください。						
今までに精神保健や地域福祉活動の御経験があればお書きください。						
希望受講方法 (いずれかに○をしてください)		京都府精神保健福祉総合センター ・ 京都府中丹勤労者福祉会館				
緊急連絡先	電話( ) -	連絡に都合のよい時間帯				
備考			保健所 受付			

注: 日程の変更等緊急の連絡事項が生じる場合がございますので、「緊急連絡先」については必ず御記入ください。なお、「住所」欄記載の電話番号と同じ場合は、「同上」と御記入いただき、御都合のよい時間帯のみ御記入ください。