FAX番号　０８３６－２１－１５５２

ＳＤＳ（ひきこもり）支援者養成講座

（R6.8.15～8.18開催）申込書

1 参加者

所属先

氏　　名

　 生年月日　　　昭和　・　平成　　　　　　　年　　　　月　　　　日

・令和６年８月１５日午前：家族心理教育実践編（オプション）

　 　　参加希望　　　　（　あり　　・　　なし　）

　 ・すべての日程（**８月１５日午後～１８日**）に

　　　 参加できる　　・　　参加できない（参加日：　　　　　　　　　　）

氏　　名

　 生年月日　　　昭和　・　平成　　　　　　　年　　　　月　　　　日

令和６年８月１５日午前：家族心理教育実践編（オプション）

・参加希望　　　　（　あり　　・　　なし　）

・すべての日程（**８月１５日午後～１８日**）に

　　　 参加できる　　・　　参加できない（参加日：　　　　　　　　　　）

2　連絡先

　◯住所

　◯電話番号　（自宅　・　職場）

　　　　　　　　　（携帯）

　　　　　　　　　※緊急連絡先として携帯電話番号は必ずご記入ください。

〇電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ