令和7年度メンタルヘルス研修「子どもの心がわからない、かつて子どもだった大人へ～現在の子どものメンタルヘルス～」

ファクシミリ送信票

送付先

鎌倉保健福祉事務所三崎センター保健予防課 宛
ファクシミリ (FAX) 番号 : 046-881-7199

申込日: 月 日 ()

申込者	氏名	団体名 所属名	※支援関係者をご記入ください
連絡先 (緊急時用)	連絡先 (一つに〇)	1. 所属 2. 自宅	
	電話	※連絡の付きやすい番号をご記入ください	
個別相談 (当日)	希望 (一つに〇)	1. 有 2. 無 (別日に保健所や相談支援事業所等に相談することも可能です)	
	希望の 時間	① 15:00～15:20 (先着順、4組) ② 15:20～15:40 (先着順、4組) ③ 15:40～16:00 (先着順、4組)	

講師に聞きたいこと

※ 記載いただいた内容は、研修講義や意見交換で参考にさせていただきます。お時間の都合上すべてのご質問にお答えできない場合があります。予めご了承ください。

令和7年11月13日(木)まで