**地域で暮らす精神障がい者を支えるための研修　参加申込書**

必要事項をご記入のうえ**令和６年９月18日（水）まで**

申込日：　　月　　日（　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | |
| 連絡先  （緊急時用） | 勤務先 | | | |
| 電　話 |  | 携帯(PHS) |  |
| E-mail | ※事前に資料を送ることはありません。 | | |
| 所属  （１つに〇） | １．市町障害福祉担当課 　　２．市町高齢福祉担当課  ３．相談支援事業所　　　　　　４．地域包括支援センター  ５. 居宅介護事業所（障害福祉ヘルパー） 6. 訪問、通所介護事業所  ７．社会福祉協議会　　　　　　　8. 居宅介護支援事業所（ケアマネ）  ９.　訪問看護ステーション　　10. その他（　　　　　　　　　 　　　） | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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。 |

**申込書送付先**

鎌倉保健福祉事務所　保健予防課　精神保健福祉担当　宛

　ﾌｧｸｼﾐﾘ　:　0467-24-4379