

「こころサポーター」養成研修なごや ファックス用申込票

名古屋市健康増進課 行 ファックス番号 052-972-4152

お申込みに当たり、受講決定した場合はこの試行的事業のために厚生労働省、国立精神・神経医療研究センター及び事務局事務受託者へ申込情報を提供することについて同意の上お申込みください。

参加希望日程	「第1希望」欄は、第1希望で希望する日程を一つ○で囲んでください。 「第2希望」欄は、第1希望と異なる日程を第2希望とする場合は「あり」を、 第2希望がない場合は「なし」を○で囲んでください。			
	第1希望	・2月5日	・2月19日	第2希望 ・あり ・なし
氏名			氏名フリガナ	
住所	〒 _____ 市町村 (_____ 区)			
連絡のつく電話番号	_____			
個人メールアドレス	(あれば) _____ @ _____			
性別	該当するものを一つ○で囲んでください。 男性 女性 どちらでもない こたえたくない			
年代	該当するものを一つ○で囲んでください。 10歳未満 10代 20代 30代 40代 50代 60代 70代 80歳以上			
研修を知ったきっかけ	該当するものを全て○で囲んでください。 チラシ インターネット その他 (_____)			