令和　　年　　月　　日

**メールまたはFAXでお申し込みください。**

**申込日**

**ゲートキーパー研修講師派遣申込書**

**参加予定人数**

（原則、10名以上）

名古屋市健康福祉局健康部健康増進課（いのちの支援）

〒４６０－８５０８　中区三の丸三丁目１番１号

TEL ０５２－９７２－２２８３

FAX ０５２－９７２－４１５２

メール a2283@kenkofukushi.city.nagoya.lg.jp

●希望する形式を〇で囲んでください。

●できる限り第２希望・第３希望までご記入ください。

●申込日から２か月後以降の日をご記入ください。

**担当者**

**連絡先**

お申し込み・お問い合わせ先

氏名

e-mail

FAX

電話

（　　月　　　日　　　　時～　　時）

**希望日時**

**及び形式**

第３希望

電話

住所

〒

氏名

記載例：○○会社、○○町内会、○○学校PTA、○○協議会

**団体名**

**代表者**

約　　　　　人

**受講対象者**

（例：「○○相談員」「●●職員」など）

第1希望

（　　月　　　日　　　　時～　　時）

講師派遣　　　　　　・　　　　オンライン研修

講師派遣の場合（会場名　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　）

第２希望

講師派遣　　　　　　・　　　　オンライン研修

講師派遣の場合（会場名　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　）

（　　月　　　日　　　　時～　　時）

講師派遣　　　　　　・　　　　オンライン研修

講師派遣の場合（会場名　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　）