

精神科医療・精神保健福祉従事者研修会参加申込書

*準備の都合上9月24日(木)までに御返信いただけると幸いです。

送付先(添書不要) (FAX:028-623-3052) (e-mail:komoria01@pref.tochigi.lg.jp) 栃木県保健福祉部障害福祉課 精神保健福祉担当 小森 あて	送信元 所 属 : 所属住所 : 送 信 者 : 電 話 : メールアドレス :
---	---

※下記に御記入の上、栃木県保健福祉部障害福祉課精神保健福祉担当までFAX又は電子メールでお申し込みください。

※定員を超えた場合のみ、御連絡いたします。なお、会場の定員の都合上、極力御所属の圏域での受講をお願いします。

所 属	職 名	氏 名	希望会場 ※御所属の圏域の会場以外を希望する方のみ「○」をつけてください。	メールアドレス ※自宅又は自宅等で受講希望の方のみ(web会議招待メール送付用)
			県央・県南・県北・安足・所属又は自宅等	
			県央・県南・県北・安足・所属又は自宅等	
			県央・県南・県北・安足・所属又は自宅等	
			県央・県南・県北・安足・所属又は自宅等	

【重要：事前の接続確認について】

自宅等から受講される方は、下記の日程で接続確認を行いますので、御準備ください。また、日程の御都合がつかない場合には、栃木県保健福祉部障害福祉課 小森(028-623-3093)まで御連絡ください。

- ①日時 9月25日(金) 16:00~
- ②確認方法 事前にアプリをインストールの上、申込書に御記入のメールアドレスへ招待メールをお送りしますので、そちらから御参加ください。

※このアンケートの結果は、事前に講師へ提供予定です。

精神障害者の退院後支援について、質問があれば御記入ください。
