**介護従事者メンタルヘルス研修お申込み用紙**

**＜お申込締切：開催日15日前まで＞**

※定員に達した場合、申込受付の先着順で終了させていただきます。

**別紙の中から、ご希望の日・開催場所を選択して下さい。**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設・組織名 | TEL:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| 参加者名　１ | (フリガナ)  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL: |
| 参加者名　２ | TEL: |
| 参加者名　３ | TEL: |
| メールアドレス | ※受講決定通知をメールでご連絡いたしますので、必ずご記入下さい。 |
| 参加内容 | 参加する研修に✔して下さい。  管理者向け研修  　介護従事者向け研修 |
| 参加日 | 月　　　　　日  　　研修場所 |

■個人情報の取扱いについて　ご記入頂きました個人情報は、主催である愛知県からの委託にて事務局運営に携わるコスモ産業（株）　コスモグローバルコミュニケーションズスクールが連絡事務等で使用させて頂きます。個人情報はプライバシーポリシーに則って厳正に管理致します。