

「心のサポーター養成講座」申込書

申込日 年 月 日

団体名またはグループ名		
人数		
代表者 連絡先	氏名	
	住所	
	電話	
希望日時	第1希望	
	第2希望	
会場	名称	
	住所	
	電話	
希望する 選択研修	いずれか1つを選択 ☐ ストレスへの気付きと対処 ☐ こころの病気について学ぶ	
認定証発行 の希望	☐ 有 ☐ 無	
備考 (要望等)		

日程等の詳細が決まり次第、ご連絡いたします。

問い合わせ先：舞鶴市健康づくり課 (TEL 65-0064、FAX 62-0551)