**令和元年度　ひきこもり支援機関関係職員等研修会**

**ひきこもりサポーター養成研修事業**

**参加申込書**

必要事項をご記入の上、**３月１３日(金)**までに下記受付先までお送りください。

**※過去に「ひきこもりサポーター養成研修」を受講し、登録を「希望or検討中」と回答したことがある。**

**□ある　□ない**

**※「ない」と回答された方は、支援者の方のみご参加いただけます。下記の※欄にも記入をお願いします。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | |
| 氏名 | |  | |
| 勤務先  （※） | |  | |
| 職種  （※） | | ・医師 ・精神保健福祉士 ・社会福祉士 ・作業療法士  ・心理士　・看護師　・保健師　・その他（　　　　　 　） | |
| お住まい | | 札幌市（　　　　）区  北海道（　　　　）市・町 | |
|  | | | |
| ご連絡先いずれか1つお書き下さい  （◦定員に達していた場合等にご連絡します）  （◦申込状況により同一機関からのご参加を制限させていただく場合があります） | | | |
| 連絡先区分 | 自宅　　勤務先 　　その他(　 　　　　　　　　　) | | |
| 電話番号 | | | FAX |
| Email | | | |

「携帯アドレス」の方は下記のパソコンメールも受け取れるようにしてください

【**参加申込受付先**】

E-mail：kensyu@kokoro-recovery.org

あるいは

FAX：011-861-6330

　公益財団法人 北海道精神保健推進協会

　　北海道ひきこもり成年相談センター・札幌市ひきこもり地域支援センター

（こころのリカバリー総合支援センター）電話：011-861-6353

担当：三上雅幸・樋口正敏・安保麻衣子