****

**平成30年度　家族療法を学ぶシリーズ研修 第４回**

**（ひきこもりサポーター養成研修事業）**

**参加申込書**

下記事項をご記入の上、**１１月１４日(水)**までに下記受付先までお送りください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | |
| 氏名 | |  | |
| 勤務先・所属 | |  | |
| 職種 | | ・医師　　　・社会福祉士　　・心理士　　・精神保健福祉士  ・看護師　　・作業療法士　　・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） | | | |
| 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）

三上 雅幸　　樋口 正敏　　安保　麻衣子

電話：011-861-6353