送信先（添書不要）

村山保健所 保健企画課 精神保健福祉担当　　　FAX 023-627-1126

**令和２年３月１２日（木）精神保健福祉研修会　参加申込書**

所属　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者

電話番号　　　　－　　　　－　　　　　　FAX番号　　　　－　　　　－

参　加　者（参加申込締め切り**３/６**）

|  |  |
| --- | --- |
| 職　名（職　種） | ふりがな氏　　名 |
|  |  |
|  |  |

**研修会をより良いものとするために以下のアンケートへのご協力をお願いします。**

１．これまで精神障がいのある方への支援について、対応が困難と感じた経験はありますか。

①　ある　　　　　　　②　ない

「ある」と答えた方にお聞きします。対応した際に困ったことや苦慮した点について教えてください。

２．講師への質問等があればご記入ください。

ご協力ありがとうございました