

送信票不要

FAX 082-885-3447

宛先：県立総合精神保健福祉センター
地域支援課 松岡・岡田 行
(電話：082-884-1051)

依存症対策支援者スキルアップ研修申込書

機関名 _____

担当者 _____

電 話 _____

研修会名：ギャンブル依存症の理解と対応（講師：田中紀子） 開催日：9月12日（木）

| 所 属（課） | 職 名 | 氏 名 | 備 考 |
|--------|-----|-----|-----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- (注 1) 申込書に記載された個人情報は、本研修会の運営のためにのみ使用します。
- (注 2) 申込が定員を超えた場合は先着順を基本として調整し、参加をお断りする場合のみ開催1週間前までに受講希望者に当センターから直接連絡します。
- (注 3) 申込書は、令和元年8月30日（金）必着で、FAXにて提出してください。