令和　　　年　　　月　　　日

（宛先）旭川市保健所長

住所(所在地)

学校名

代表者名

若者のためのメンタルヘルス講座（自殺対策研修会）申請書

次のとおり、若者のためのメンタルヘルス講座を申請します。

１　日時　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日（　　　）

　　時　　　分　～　　　　時　　　分（予定）

　　　※日時については事前に保健予防課こころと難病支援担当（２５－６３６４）まで御相談ください。

２　会場

会場名：

　　住　所：旭川市

３　対象者及び参加予定人数

　　対象者：

　　　参加予定人数：　　　　　　　　　人

４　内容（希望する方にチェックしてください。）

□　講義「自分と身近な人を守るために」及び演習「コミュニケーション方法の体験」

　　　　（所要時間：概ね９０～１２０分）

□　講義「自分と身近な人を守るために」のみ

（所要時間：概ね４５～９０分）

５　連絡先　　　　　学校名

　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　電話