

庄内保健所地域保健福祉課 精神保健福祉担当 行
メール：yshonaihohuku@pref.yamagata.jp
FAX：0235-66-4053 (添書不要)

令和5年度庄内地域自殺対策研修会 参加申込書

所属名：_____

担当者名：_____

電話番号：_____

所属名	職名	氏名	備考

以下、アンケートにご記入ください（代表の方がご記入ください）。

1 貴所属において、若年層と接する中で困難を感じることはありますか。

ある ない



「ある」場合…どのような場面で困難を感じますか。

2 今回の研修で学びたいことをご記入ください。

メールまたはファックスで提出してください。
お申込み期限：令和5年7月10日（月）まで