**令和２年度　ひきこもり支援機関関係職員等研修会**

**ひきこもりサポーター養成研修事業**

**参加申込書**

必要事項をご記入の上、**２月２８日(日)**までにメールでお送りください

**※過去に「ひきこもりサポーター養成研修」を受講し、登録を「希望or検討中」と回答したことがある**

**□ある　□ない**

**※「ない」と回答された方は、支援者の方のみご参加いただけます。下記の※欄にも記入をお願いします**

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな** |  |
| **氏名** |  |
| **勤務先****（※）** |  |
| **職種****（※）** | **・医師 ・精神保健福祉士 ・社会福祉士 ・作業療法士****・心理士　・看護師　・保健師　・その他（　　　　　 　）** |
| **お住まい** | **札幌市（　　　　）区****北海道（　　　　）市・町** |
|  |
| **ご連絡先をお書き下さい****（メール宛に視聴方法をお送りします）****（連絡が届かない場合のため電話番号もお書き下さい）** |
| **連絡先区分** | **自宅　　勤務先 　　その他(　 　　　　　　　　　)** |
| **電話番号** |  |
| **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

　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）電話：011-861-6353

担当：樋口正敏・中川有・安保麻衣子