別紙

徳島県精神保健福祉協会行

**FAX：088-621-2841/E-mail：awa-kokoro@cosmos.ocn.ne.jp**

「阿波っ子の心の健康づくり巡回指導」申込書

次のとおり申し込みます。

申込日：令和　　年　　月　　日

学校名：

ふりがな

担当者名：

電話番号：

担当者メールアドレス：

1. 実施希望日及び授業時間 ※①、②いずれかに☑をお願いします。
* ① 第一希望日：令和　　年　　月　　日　　　時～　　　時

　　　　　　　　第二希望日：令和　　年　　月　　日　　　時～　　　時

　　　　　　　　第三希望日：令和　　年　　月　　日　　　時～　　　時

* ② 希望日未定　※後日、希望日が決まりましたらご連絡ください。
1. 希望講師 ※①～③いずれかに☑をお願いします。
* ① 学校担当スクールカウンセラー（お名前：　　　　　　　　　　　　　）
* ② 学校担当以外のスクールカウンセラー等
* ③ 精神科医
1. 参加予定人数 （　　　　　　　　年生　　　　　人 ）
2. ご要望等がありましたら、ご記入下さい。

**問い合わせ先：徳島県精神保健福祉協会事務局**

 　　　　　　　　　 　　〒770-8570　徳島県徳島市万代町1丁目1番地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 健康寿命推進課内

 　　　　　　　　　　　　 　TEL：088-621-2225　FAX：088-621-2841

E-mail：awa-kokoro@cosmos.ocn.ne.jp