

## 「地域ふれあい講座」申込書

申込日 年 月 日

グループ名 (代表者氏名)		( )		
連絡先	住所	〒 - TEL - -		
	担当者氏名			
希望するテーマ 内容		<input type="checkbox"/> 予防・健康づくり <input type="checkbox"/> 早期発見・理解 <input type="checkbox"/> 家族・個別支援 <input type="checkbox"/> 地域・制度活用 (講座メニュー一覧を参考にしてください)		
希望日	第1希望	年 月 日 ( )	時 分 ~ 時 分 ( 分程度)	
	第2希望	年 月 日 ( )	時 分 ~ 時 分 ( 分程度)	
実施会場名 (所在地)		( ) TEL - -		
実施方法		<input type="checkbox"/> 「地域ふれあい講座」単独で実施 <input type="checkbox"/> 他の集会とあわせて実施 →集会名( )		
参加予定者数		人		
備考(テーマの中で特に希望する内容や連絡事項があればご記入ください)				
受付者		印	受付日	月 日
			日程調整後の回答予定日	月 日迄

- お申し込み、お問い合わせは、下記までどうぞ。お申し込み後、希望テーマの担当者が実施日時等を調整し、実施決定の通知を連絡先にいたします。
- お申し込みは窓口、郵送、FAX、メール、ホームページで受け付けできます。

〒890-0023 公益社団法人 いちよの樹 メンタルホスピタル鹿児島  
TEL 099-256-4567(音声ガイダンス1番) FAX 099-258-0321  
Mail [mhkagoshima-ti-01@ichonoki.or.jp](mailto:mhkagoshima-ti-01@ichonoki.or.jp)  
担当者 地域連携相談科 早川・福永

## 「地域ふれあい講座」決定通知書

申込日 年 月 日

グループ名 (代表者氏名)		( ) 様	
連絡先	住所	〒 - TEL - -	
	担当者様		
講演するテーマ 内容		<input type="checkbox"/> 予防・健康づくり <input type="checkbox"/> 早期発見・理解 <input type="checkbox"/> 家族・個別支援 <input type="checkbox"/> 地域・制度活用	
		配付資料 ( あり ・ なし )	
講演日	年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分 ( 分程度)		
実施会場			
当日の担当者 (所属・連絡先)	(所属 ) TEL - -		
実施方法	<input type="checkbox"/> 対面講義スタイル <input type="checkbox"/> 映像学習スタイル(録画による受講システム学習) <input type="checkbox"/> web開催スタイル <input type="checkbox"/> 他( )		
出前担当者数	人	※当日担当する内容によっては複数人で出向く場合がございます	
依頼者様にお願いする連絡			
<input type="checkbox"/> 電源の確保 <input type="checkbox"/> スクリーン の準備 <input type="checkbox"/> モニターの準備 <input type="checkbox"/> 机( 個) <input type="checkbox"/> 椅子( 脚) <input type="checkbox"/> 運動のできる服装 <input type="checkbox"/> 運動できるスペース <input type="checkbox"/> その他( )			
	通知者	印	通知日 月 日

- 実施決定の通知後の変更やキャンセルがある場合は、わかり次第連絡をお願いいたします。
- 変更・キャンセルについては、電話、メールにてご連絡をお願いいたします。

〒890-0023 公益社団法人 いちよしの樹 メンタルホスピタル鹿児島  
TEL 099-256-4567(音声ガイダンス1番) FAX 099-258-0321  
Mail [mhkagoshima-ti-01@ichonoki.or.jp](mailto:mhkagoshima-ti-01@ichonoki.or.jp)  
担当者 地域連携相談科 早川・福永