別紙　：　依存症回復支援研修会（令和4年1月19日）　**医療機関用**

参 加 申 込 書(FAX 送信用)

＊別途送信票の添付は不要です。

申込締切:令和3年12月20日(月)

（送信先）
鹿児島県精神保健福祉センター
堤　行
FAX　:099－228－9556
mail　:kagomhwc-shin@pref.kagoshima.lg.jp

所　属　　（担当者名　　）

電　話　　メールアドレス:

◇参加希望者について，以下に記入してください。

職　　名	氏　　名	メールアドレス(必須)
		※入室先の御連絡に使用します ※一機関につき一台の機器での視聴に御協力ください。

※受講が決まりましたら，1月上旬に入室先 ID・パスワード・配付資料等につきましてメールで御連絡します。

※個人でのオンラインで受講が難しい場合は，精神保健福祉センターおよび最寄りの保健所での受講も可能です。こちらの方法を希望される場合は，電話またはメールで御連絡ください。

【連絡先】　精神保健福祉センター　相談支援課　担当:堤
(電話)099－218－4755
(メール)Kagomhwc-shien@pref.kagoshima.lg.jp

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊　*講師への質問等がありましたら，ご記入ください。*　＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊