

**別紙 参加申込書**  
(9/5 依存症対策支援者スキルアップ研修)

送付先  
FAX:082-885-3447  
mail:shcchiiki@pref.hiroshima.lg.jp  
宛先:県立総合精神保健福祉センター  
地域支援課 松本 行

|               |     |     |  |
|---------------|-----|-----|--|
| ふりがな<br>申込者氏名 |     |     |  |
| 所属機関名         |     |     |  |
| 連絡先           | TEL | FAX |  |

|                |  |    |  |
|----------------|--|----|--|
| ふりがな<br>①参加者氏名 |  | 職名 |  |
|                |  | 職種 |  |

|                |  |    |  |
|----------------|--|----|--|
| ふりがな<br>②参加者氏名 |  | 職名 |  |
|                |  | 職種 |  |

|                |  |    |  |
|----------------|--|----|--|
| ふりがな<br>③参加者氏名 |  | 職名 |  |
|                |  | 職種 |  |

|                |  |    |  |
|----------------|--|----|--|
| ふりがな<br>④参加者氏名 |  | 職名 |  |
|                |  | 職種 |  |

**申込期限**  
**8月22日**  
**(金)**

申込書に記載された個人情報は、本研修会の運営のためにのみ使用します。

【問い合わせ先】  
広島県立総合精神保健福祉センター 地域支援課 松本  
電話：082-884-1051 FAX：082-885-3447  
E-mail：[shcchiiki@pref.hiroshima.lg.jp](mailto:shcchiiki@pref.hiroshima.lg.jp)