

(※表紙を付けずにこのまま送信してください)

年 月 日

香川県精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業（スーパーバイザーの派遣）申込書

貴 機 関 名	
担当部署名	
担当者名	
連 絡 先	(〒) 住所
	TEL. () - FAX. () -
	e-mail : @
希 望 日	① 月 日 () <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
	② 月 日 () <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
	③ 月 日 () <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
※お手数ですが、第3希望までご記入ください。ご希望に添えない場合は日時の調整をさせていただきますので、予めご了承ください。	
依 頼 内 容	<p>①精神障害者支援に関する研修の講師派遣 内容：</p> <p>②困難ケースへの対応に関する助言 内容：</p> <p>③その他 内容：</p>
備 考	

(注) 対象は、高松市、三木町、直島町にある精神障がい者を支援しているすべての団体となりますが、それ以外でも相談に応じます。