講師派遣依頼書及び研究協力同意書

　　　年　　　月　　　日

福島学院大学　福島子どもと親のメンタルヘルス情報・支援センター　宛

福島子どもと親のメンタルヘルス情報・支援センターの研究に協力することに同意し、

下記の通り、講師の派遣を依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 機関・団体名 |  |
| 依頼内容 | テーマ：  内容：  目的： |
| 受講者について | 参加予定者数： |
| 受講者の主な職種・属性等：  □保健師　　□心理職　　□教育関係者　　□特別支援教育関係者  □障害福祉サービス関係者　　 □その他（　　　　　　　） |
| 開催場所 | 施設名：  住所： |
| 開催日時の希望 | 日程：  第１希望：　令和　　　年　　　月　　　日  第２希望：　令和　　　年　　　月　　　日  第３希望：　令和　　　年　　　月　　　日  時間：　　　　時　　　分　　～　　　　時　　　　分  ※可能な限り複数の日程をご提示ください。ご希望を参考に調整させていただきます。別日をご提案させていただくことがございますので、ご了承下さい。 |
| 確認事項 | ※下記の内容をご確認いただき、チェックを入れてください。  ☐ 本依頼に関して、受講者に対する参加費等の徴収はありません |
| 担当者情報 | 法人・団体名：  役職・氏名：  電話：  メール： |
| 備考 |  |

＊枠内の各項目について記入してください。不明な場合は空欄で構いませんが、可能な限り記入してください。

＊該当する☐にチェックを入れてください。