**申し込み方法**　必要事項をご記入のうえ、**メール**にて愛知県精神保健福祉センターまでお申し込みください。

★メールのタイトルは、**「２月1日ピア研修申込　申込代表者のお名前」**としてください

※この申込書の電子データがない方は、メール本文にベタ打ちで「例：申込代表者①〇〇、②男、③30歳、④支援者～⑧▽▽▽（一緒の回線で受講される方が複数いる場合は人数分記載）」という形で必要事項を記入していただき、お申込みください（メール送信してください）。

**精神保健福祉センター　企画支援課（担当：村田）　　　　　　　　　申込期限　令和３年１月１５日（金）**

メールアドレス：seishin-c@pref.aichi.lg.jp



**申し込み締切**：平成３０年１０月３０日（火）

令和２年度　精神障害者ピアサポーター養成研修

参　加　申　込　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1. (フリガナ)

氏　　名 | 1. 性別
 | 1. 年齢
 | 1. 当事者

/支援者 | 1. かかりつけ医

（当事者のみ） | 1. 所属先 ・

勤め先等 | 1. 連絡のつく電話番号
 | 1. メールアドレス
 |
| ❶申込　　代表者 |  | 男 / 女 | 　　　　　　　　 | 当事者/支援者 |  |  |  |  |
| ❷ |  | 男 / 女 |  | 当事者/支援者 |  |  |  |  |
| ❸ |  | 男 / 女 |  | 当事者/支援者 |  |  |  |  |

※１　上記①④⑥⑦⑧については、必ずご記入ください。（ただし、申込代表者以外の方は⑧は不要です）

※２　⑤⑥について、ない場合は「なし」とお書きください。

※３　研修の詳細や資料データは申込代表者様のメールアドレスにメールにてお送りします。