

(別紙)

令和 3年 月 日

岩手県精神保健福祉センター 行

FAX : 019-629-9603

メールアドレス : CC0030@pref.iwate.jp

令和3年度自殺対策企画担当者研修会 出欠報告

所属名 : _____

担当者 : _____

連絡先 : _____

1 出席者

職名	氏名	備考

2 自殺対策事業について

① 自殺対策事業を実施するにあたり、課題や苦勞している点がありますか。

[_____]

② 講師に聞きたいこと等について御記入下さい。

[_____]

3 自殺対策を推進すること等について、県、精神保健福祉センターへの要望等がありましたら御記入下さい。

[_____]

御協力ありがとうございました。