

関西福祉科学大学 EAP 研究所 メンタルヘルス推進者育成プログラム
「認定メンタルヘルス推進担当者」資格申請書

申請日：平成 年 月 日

フリガナ 申請者氏名： _____	
勤務先：	
所属部署・役職名：	
住所： 〒 _____	
※記載の宛先に証書を送付致します。 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場	
電話： ()	FAX： ()
E-mail：	

受講講座	受講年月日	受講証明書番号
基礎理論コース	平成()年度(開催日：平成 年 月 日、月 日)	【第 号】
演習コース	平成()年度(開催日：平成 年 月 日、月 日)	【第 号】
アドバンスト コース	平成()年度(開催日：平成 年 月 日、月 日)	【第 号】

【注意事項】

- ・本資格の申請にはメンタルヘルス推進担当者養成講座基礎理論コースと演習コース両方の修了が必要です。
- ・各コースとも、2日間の受講をもって修了とみなします。
 ※演習コースの1日目、2日目を別の年度でご受講の場合は両方の年度をお書き下さい。
- ・平成25年度以前にご受講の講座は名称に変更がございますので下記よりご受講頂きました講座にチェックを入れて下さい。

	開催年月日	受講証明書番号
平成24年度まで 旧名称：基礎コース (現：基礎理論コース)	<input type="checkbox"/> 平成21年度(開催日：平成22年2月27日、3月5日)	【第 号】
	<input type="checkbox"/> 平成22年度(開催日：平成22年8月26日、27日)	【第 号】
	<input type="checkbox"/> 平成23年度(開催日：平成23年7月15日、16日)	【第 号】
	<input type="checkbox"/> 平成24年度(開催日：平成24年6月21日、22日)	【第 号】

	開催年月日	受講証明書番号
平成24年度まで 旧名称： アドバンストコース (現：演習コース)	<input type="checkbox"/> 平成22年度(開催日：平成22年8月29日、30日)	【第 号】
	<input type="checkbox"/> 平成23年度(開催日：平成23年10月7日、8日)	【第 号】
	<input type="checkbox"/> 平成24年度(開催日：平成24年8月3日、4日)	【第 号】

ご記入頂きました個人情報、証明書発行のために使用し、その他の目的には使用しません。

<p><送付先・お問合せ先> 〒541-0043 大阪府中央区高麗橋 4-5-12 TERASOMA ビル 2F ナカトミファティーグケアクリニック内 関西福祉科学大学 EAP 研究所 メンタルヘルス推進者育成プログラム係 宛 Tel/Fax：06-6205-3988</p>
--

<事務処理欄>

証明書番号

--	--	--

受付日

--