

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： \_\_\_\_\_ 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	( _____ )年度(開催日： _____ 年 ____ 月 ____ 日、 ____ 月 ____ 日)	【第 _____ 号】
演習コース	( _____ )年度(開催日： _____ 年 ____ 月 ____ 日、 ____ 月 ____ 日)	【第 _____ 号】
アドバンスト コース	( _____ )年度(開催日： _____ 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。
- ・2013 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
2012 年度まで 旧名称：基礎コース (現：基礎理論コース)	<input type="checkbox"/> 2009 年度 (開催日：2010 年 2 月 27 日、3 月 5 日)	【第 _____ 号】
	<input type="checkbox"/> 2010 年度 (開催日：2010 年 8 月 26 日、27 日)	【第 _____ 号】
	<input type="checkbox"/> 2011 年度 (開催日：2011 年 7 月 15 日、16 日)	【第 _____ 号】
	<input type="checkbox"/> 2012 年度 (開催日：2012 年 6 月 21 日、22 日)	【第 _____ 号】

	開催年月日	受講証明書番号
2012 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"/> 2010 年度 (開催日：2010 年 8 月 29 日、30 日)	【第 _____ 号】
	<input type="checkbox"/> 2011 年度 (開催日：2011 年 10 月 7 日、8 日)	【第 _____ 号】
	<input type="checkbox"/> 2012 年度 (開催日：2012 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>&lt;送付先・お問合せ先&gt;                  〒543-0001 大阪市天王寺区上本町 6 丁目 3-31                  上本町ハイハイタウン内 12 階 1203 号                  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：06-6940-6977</p>
--

<事務処理欄>

証明書番号

--	--	--

受付日

--