

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  
「メンタルヘルス推進マネージャー」資格申請書

記入例

申請日： 年 月 日

フリガナ 申請者氏名：	フクシ タロウ 福祉 太郎
勤務先：	学校法人玉手山学園 関西福祉科学大学
所属部署・役職名：	EAP 研究所
住所：	〒 541-0043 大阪府大阪市中央区高麗橋 4 丁目 5-12
※記載の宛先に証書を送付致します。 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 職場	
電話：	06 ( 6205 ) 3988
FAX：	06 ( 6205 ) 3988
E-mail：	eap-ins@forest.ocn.ne.jp
申請資格：	メンタルヘルス推進マネージャー <input type="checkbox"/> 初級 (通算 30P) <input checked="" type="checkbox"/> 中級 (通算 60P) <input type="checkbox"/> 上級 (通算 80P) (該当する項目をチェックして下さい)
保有資格：	メンタルヘルス推進 <input checked="" type="checkbox"/> 担当者 / マネージャー <input checked="" type="checkbox"/> 初級 <input type="checkbox"/> 中級 <input type="checkbox"/> 上級 (該当する項目をチェックして下さい)

ご受講済み対象講習と獲得ポイント※裏面の注意事項をご一読の上、下記ご記入下さい。

対象講座			
「こころの健康と経営戦略」フォーラム			
受講年度	2015、2016、2017、2018	年度	各 3P× ( 4 ) 回
事業場内メンタルヘルス推進担当者養成講座 基礎理論コース 2 日間 ※2 日間のご参加が前提条件となります。			
受講年度	2016	年度	各 9P× ( 1 ) 回
事業場内メンタルヘルス推進担当者養成講座 演習コース 1 日目			
受講年度	2016、2017、2018	年度	各 4P× ( 3 ) 回
事業場内メンタルヘルス推進担当者養成講座 演習コース 2 日目			
受講年度	2016、2017、2018	年度	各 4P× ( 3 ) 回
事業場内メンタルヘルス推進担当者養成講座 アドバンストコース			
受講年度	2016、2017、2018	年度	各 4P× ( 3 ) 回
職場メンタルヘルス事例検討会			
受講年度	2017、2018	年度	各 1P× ( 3 ) 回

<事務処理欄>

証明書番号

--	--	--

受付日

--