

愛知県精神保健福祉センター保健福祉課行
(FAX 052-962-5375)

ひきこもり訪問サポーター養成講座受講申込み用紙

氏名	
性別	男 ・ 女
年齢	
住所	
連絡先	電話： FAX： E-mail：
*今回、講座に申込まれた動機やきっかけは何ですか。	
* ひきこもり等に関する活動歴、大学等での専攻、資格など あれば、お書きください。	