

島根県社会福祉施設等メンタルヘルス相談支援事業 希望申請書

申請日 令和 年 月 日

希望申請書の提出先
島根県高齢者福祉課メール：kourei@pref.shimane.lg.jp
FAX：0852-22-5238

所在地
施設名
代表者
連絡先
TEL
FAX
Mail

相談支援について、以下の内容で希望します。

1. 施設種別等

以下の施設から該当するものを選択

【施設単位】

①高齢者福祉施設 ②障がい福祉施設

2. 希望事業

希望する事業内容を選択

①個別相談 ②メンタルヘルス研修

3. (2. で①個別相談を希望した施設のみ) 施設長等は面談や意見交換を

①希望します ②希望しません

4. 希望日時

以下の日時を希望します。

第1希望	令和	年	月	日	AM	<input type="checkbox"/>	PM	<input type="checkbox"/>
第2希望	令和	年	月	日	AM	<input type="checkbox"/>	PM	<input type="checkbox"/>
第3希望	令和	年	月	日	AM	<input type="checkbox"/>	PM	<input type="checkbox"/>

※ご希望の日程で調整がつかない場合は、別途ご相談させていただきます。

5. 県からの担当課職員同行について

①必要 ②必要ではない

※職員の同行については、当日に同席してお話を聞く場合や臨床心理等への顔合わせのため同行することを想定しています。

以下の項目は、実施する臨床心理士の担当者の記入欄ですので、申請者の記入は不要です

上記の内容について、私が担当し、以下の日時にて実施いたします。

担当者
実施日時 令和 年 月 日 時 ~

島根県社会福祉施設等メンタルヘルス相談支援事業 希望申請書(記載例)

申請日 令和 5 年 6 月 1 日

希望申請書の提出先
島根県高齢者福祉課メール：kourei@pref.shimane.lg.jp
FAX：0852-22-5238

所在地	松江市殿町1
施設名	〇〇苑
代表者	島根太郎
連絡先	
TEL	0852-22-〇〇〇〇
FAX	0852-22-〇〇〇〇
Mail	shimane-tarou@pref.shimane.lg.jp

相談支援について、以下の内容で希望します。

1. 施設種別等

以下の施設から該当するものを選択

【施設単位】

- ①高齢者福祉施設 ②障がい福祉施設

2. 希望事業

希望する事業内容を選択

- ①個別相談 ②メンタルヘルス研修

3. (2. で①個別相談を希望した施設のみ) 施設長等は面談や意見交換を

- ①希望します ②希望しません

4. 希望日時

以下の日時を希望します。

第1希望	令和	5	年	6	月	5	日	AM	<input type="checkbox"/>	PM	<input checked="" type="checkbox"/>
第2希望	令和	5	年	6	月	15	日	AM	<input checked="" type="checkbox"/>	PM	<input type="checkbox"/>
第3希望	令和	5	年	6	月	20	日	AM	<input type="checkbox"/>	PM	<input checked="" type="checkbox"/>

※ご希望の日程で調整がつかない場合は、別途ご相談させていただきます。

5. 県からの担当課職員同行について

- ①必要 ②必要ではない

※職員の同行については、当日に同席してお話を聞く場合や臨床心理等への顔合わせのため同行することを想定しています。

以下の項目は、実施する臨床心理士の担当者の記入欄ですので、申請者の記入は不要です

上記の内容について、私が担当し、以下の日時にて実施いたします。

担当者	島根 花子
実施日時	令和 5 年 6 月 15 日 9 時 ~