

保育現場のメンタルヘルス専門相談 申込書

以下にご記入または該当に を入れ、郵送・メール・電話いずれかの方法でお申込みください。

おってセンターより相談日時などについてご連絡いたします。 は必須項目です。

■ 申込者 ※①②いずれかに ご記入ください。	① 従事者の方	■ 氏名	※姓のみ可、ニックネーム可。			
		■ 勤務先	種別	<input type="checkbox"/> 保育所	<input type="checkbox"/> 認定こども園	<input type="checkbox"/> 幼稚園
	所在地		<input type="checkbox"/> その他（	）		
	② 事業主の方	■ 事業所名				
■ 担当者		職名		氏名		
■ 電話番号	日中のつながりやすい時間帯（					
メールアドレス	※携帯電話からメールを送信する場合、ドメイン指定受信を設定されている方は、「@tottori-wel.or.jp」からのメールが受信できるように設定してください。					
■ 相談希望 日時	第1希望 令和 年 月 日（ ） 時 分～					
	第2希望 令和 年 月 日（ ） 時 分～					
■ 相談内容	<input type="checkbox"/> 悩みごと <input type="checkbox"/> メンタルヘルス <input type="checkbox"/> ハラスメント <input type="checkbox"/> ストレスチェック					
	<input type="checkbox"/> 職場環境改善 <input type="checkbox"/> その他（					
内容（任意）						

【個人情報の取扱い】 お預かりした個人情報は、本専門相談事業にのみ利用し、鳥取県社会福祉協議会にて管理いたします。

【申込み・問い合わせ先】

鳥取県保育士・保育所支援センター （鳥取県社会福祉協議会）

〒689-0201 鳥取市伏野1729-5 県立福祉人材研修センター内

TEL 0857-59-6342（受付時間 平日8:30～17:00）

メール hoikucenter@tottori-wel.or.jp

(※センター記入欄)

受付日	令和 年 月 日	受付番号	
相談日時	令和 年 月 日 時 分～	場所	