**令和７年度メンタル・フレンド登録申込書**

令和７年　　　月　　　日

　岩手県福祉総合相談センター所長　様

（担当：心理支援課　小野寺（萌）　　電話　019－629-9606　　FAX　019－629－9619）

岩手県ふれあい心の友訪問援助事業実施要綱に基づくメンタル・フレンドとして、登録を申込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  | 男・女 | 生年月日 | 平成　　年　　月　　日生（　　　歳） |
| 住　　所電話番号アドレス | 住所　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　アドレス　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※　連絡には携帯電話等のアドレスを使うことが多く、手書きの場合、\_と‐（アンダーバーとハイフン）、１とl（イチとエル）、０とo（ゼロとオー）、ｇとｑ（ジーとキュー）や　，と．（カンマとドット）などの区別は、フリガナをお願いします。※　当方からのメール（＠pref.iwate.jp）は受信できるよう設定願います。 |
| 住所以外の連絡先 | 〒（電話） |
| 所属（学校・　勤務先等） | ※　学部、学科、専攻及び学年を記載願います。社会人の方は会社名を記載願います。 |
| 趣　味資　格特　技 |  |
| 志望動機・ｾｰﾙｽﾎﾟｲﾝﾄ等 |  |
| 研修会参加希望 | 主な連絡手段の希望と希望日に〇をつけてください。　　連絡手段の希望：　電話　　・　　メール　　参加希望日　　：　①５月29日（木）18：00～19：30②６月４日（水）18：00～19：30※　当方から連絡がない限り、上記希望日時に来所願います。※　受講者同士十分距離をとった上で開催できる見込みですが、感染症の流行状況によっては、延期する可能性もございます。 |

（注）令和７年４月１日現在で記載願います。