**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）18：00～19：30  ②６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。