（様式第1号）

山形県短期集中予防サービス普及啓発事業に係る申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日：令和　年　月　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申込者名 | 市町村・担当課：  担当者（記入者）名：  連絡先（電話番号）：  メールアドレス： |
| 希望する支援 | □　短期集中予防サービス相談支援  □　短期集中予防サービス立ち上げ支援（アドバイザー派遣）  □　短期集中予防サービス継続支援（アドバイザー派遣） |
| 申込内容※1 |  |
| 希望する実施方法※2 | □　対面による支援　　□　オンラインによる支援　　□　どちらでも可 |
| アドバイザー派遣先※3 | 事業所名：  所在地：  代表者 職・氏名：  連絡先（電話番号）：  メールアドレス： |
| 希望日時 | 記載例　第１候補：11月1日（金）午前９時30分～12時00分頃    □　第１候補：　月　日（　）午前・午後・終日可・　時　分～　時　分頃  □　第２候補：　月　日（　）午前・午後・終日可・　時　分～　時　分頃  □　第３候補：　月　日（　）午前・午後・終日可・　時　分～　時　分頃  □　第４候補：　月　日（　）午前・午後・終日可・　時　分～　時　分頃 |

※1　参考となる資料があれば添付してください。

※2　相談支援を希望する場合選択してください。

※3　アドバイザー派遣を希望する場合記入してください。