年度　若年層を対象としたメンタルヘルスに関する出前講座報告書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学校名 |  | 学年人数 |  年 　　人 |
| 担当者氏名 |  | 電話番号 |  |
| 講座の日時 | 　　　月　　日（　）　　時　　分～　　時　　分　 |
| 会　場 |   |
| テーマ |  |
| 講師所属・氏名 |  |
| 講座についての感想 |  |
| 今回の講座の評価（番号に○） | 良かった　　　　　　　　ふつう 　 良くなかった　５　　　　　４　　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| 今後の要望等 |  |
| 今回のお申込みは何回目ですか。 | １　はじめて　　　　 ２　２回目　　　 ３　わからない |
|

※講座開催後、概ね１０日以内に群馬県精神保健福祉協会事務局までお送りください。

**ＦＡＸ　０２７－２６１－９９１２**