

別 紙（送信表は不要です）

平成 19 年 月 日

山形県精神保健福祉センター 行
(FAX 0 2 3 - 6 2 4 - 1 6 5 6)

機関・団体名 _____

電話 _____ FAX _____

「自死遺族支援全国キャラバン in やまがた」参加申込書

このことについて、下記のとおり報告します。

記

所 属	職 名	氏 名

担当者 精神保健福祉センター
赤 部 ・ 渡 辺

TEL 0 2 3 - 6 2 4 - 1 2 1 7

FAX 0 2 3 - 6 2 4 - 1 6 5 6