

(別紙 1)

令和8年 月 日

岩手県精神保健福祉センター 行き (添書不要)
(メール CC0030@pref.iwate.jp)

※令和8年11月30日（月）必着

所属名 _____
TEL _____
メール _____

令和8年度 依存症支援者研修「アルコール依存症の理解と支援」参加申込書

職 名	氏 名（ふりがな）	職 種	相談対応 経験年数
			年

*同所属から、複数名参加する場合も、お一人ずつ ご記入願います。

＜事前アンケート＞

◆対応経験があるものに○をつけてください（複数回答可）。

- ①アルコール依存症（本人） ②薬物依存症（本人） ③ギャンブル依存症（本人）
④アルコール依存症（家族） ⑤薬物依存症（家族） ⑥ギャンブル依存症（家族）
⑦その他の依存〔 〕（本人） ⑧その他の依存〔 〕（家族）

◆貴機関におけるアルコール依存関連問題への支援内容を教えてください。
(相談対応、つなぎ先等)

◆アルコール依存関連問題のアセスメントや相談対応の中で、困っていること、悩んでいること、疑問に思っていること、講師への質問・要望等がございましたら、ご記入ください。