

平成30年度 第3回心理支援スキルアップ講座 申込書

下記にご記入の上、e-mail（担当：國井 cbt.skillup@gmail.com）にてお申し込みください。

ふりがな 氏名		性別	男性・女性
生年月日	年 月 日	年齢	歳
所属		職種	
臨床経験年数 (うち、精神保健医療福祉領域での経験年数)		(年 年)
連絡先	※希望連絡先の□に✓を入れて下さい		
□勤務先	住所 〒	TEL	
		FAX	
□自宅	住所 〒	TEL	
		FAX	
□メールアドレス			
心理支援スキルアップ講座への参加歴	□あり □なし：志望理由をご記載下さい		
事例発表希望	□あり（発表日程や内容に関して、担当者から連絡差し上げます）		
参加志望理由（新規参加の方のみ：受講後の活用・実践の見通しについてもご記載下さい）			
日常の診療・支援場面での CBT に関する疑問、困り事がありましたら、ご記入ください。			