

2019年度 第1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		性別	男性・女性・その他
氏名	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	
参加志望理由（ <u>新規参加の方のみ</u> ：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			