別紙 1

東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座

子どもの PTSD 研修参加申込書

ふりがな：	
氏名：	
性別　　男　・　女　・　その他	年齢　　歳
所属名	
所属部署	
所属先住所	
所属先 TEL	
E-mail アドレス　※受講決定通知の連絡の際に使用します。アドレス間違いにご注意ください。	
職種：該当箇所に✓して、（　　）に記載 □　医師（専門診療科　　） □　公認心理師 □　その他（　　）	職種にかかる資格免許取得年
研修志望動機	
現在の職務内容	

注１）　記載いただきました個人情報は、研修実施に係る目的以外には使用しません

注２）　職業（職種・資格）欄は必ず記載してください。

注３）　この研修は、現在対象となる職務に就いている方を対象としています。

注４）　定員を超えた場合は審査、抽選等で選考させていただきます。受講の可否については、申込書記載のメールアドレスへ受講決定通知をお送りします。