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

TF-CBT 研修会参加申込書

別紙研修会要綱を確認して申し込みます□　←要綱（対象条件）をご確認の上、✔を入れてください。	
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：
事前の「子どもの PTSD アセスメント研修」の受講について　※該当箇所に✔を入れてください。 □　9/6 に受講予定　□　既に受講済み　□その他（　　）	
研修志望動機：	
現在の職務内容：	
推薦者：　※推薦者は申込者の勤務先の所属長もしくは役職のある上司です。	
推薦者所属先：　※該当箇所に✔を入れてください。 □　申込者と同じ □　その他（　　）	
推薦者所属部署・職名：	
推薦者による申込書の確認（✔を入れてください） □　確認済み	