

2019年度 第4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・その他
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	
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）			
<p>★アンケート★（申込者全員）</p> <p>日頃のCBTについての疑問や困りごとを含め、グループワークで扱うテーマの案について、ご希望をお知らせください。</p>			