**2019年度 第2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 |  | | |
| 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）〆切6/21 | | | |
| 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。 | | | | | |
|  | | | | | |