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 |

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
2. 職業（職種・資格）欄は必ず記載してください。
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。
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。