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
 |