

平成23年度第2期兵庫県こころのケアセンター「こころのケア」研修受講申込書

平成 年 月 日

(フリガナ) 氏名	( )	年齢	歳
		性別	男・女
職業(職種)			
勤務先	・名称 _____		
	・所在地 〒 _____		
	・TEL ( ) _____		
	・FAX ( ) _____		
連絡先  ※ 勤務先と同じ場合は、記入不要です。	・住所 〒 _____		
	・TEL ( ) _____		
	・FAX ( ) _____		

注1) 記載いただきました個人情報、研修実施に係る目的以外には使用しません。

2) 職業(職種)欄は必ず記載してください。

・受講を希望される研修コースの「申込欄」に○印を付けてください。(複数のコースの受講を希望される場合は、1枚の用紙に記載をしていただいて結構です。)

区分	コース名	申込欄
専門 研修	①対人支援職のためのセルフケア(1月19日~20日)	
	②DV被害者のこころのケア(1月25日)	
	③児童虐待とこころのケア・セルフケア(2月16日~17日)	
	④PTSD臨床診断(2月23日)	
	⑤医療・保健関係者のための業務ストレスの理解とケア(2月29日~3月1日)	
基礎 研修	⑥「こころのケア」の基礎(2月3日)	

(申し込み及び問い合わせ先)

兵庫県こころのケアセンター研修情報課

〒651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通1-3-2

TEL: 078-200-3010

FAX: 078-200-3017