|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 別紙回答用紙 | |  |  |  | **締切：令和４年７月2２日（金）** | | | |
| 兵庫県こころのケアセンター　相談室　萩原・栃本行 | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |
| FAX　：078-200-3019　またはJunko\_Hagiwara@j-hits.org | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |
| **令和４年度ひょうごＤＰＡＴ研修会** | | | | | | | | |
| **サイコロジカル・ファースト・エイド （PFA)** | | | | | | | | |
| **開催日：令和４年８月４日（木）** | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 所属機関名 | |  | | | | | | |
| 申込み代表者所属部署 | |  | | | | | | |
| 日中連絡先 (E-mail／電話番号） | | E-mail： | | | | | TEL： | |
| 緊急時連絡先※ | |  | | | | | | |
|  | (電話番号） |
| (代表者氏名） |  | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |
| ※災害や新型コロナウイルス感染症等で中止となった場合は、当日の朝までにホームページに掲載しますが、万一の場合に備えて緊急時のみに活用します。研修後は速やかに破棄しますので、ご協力をお願いします。 | | | | | | | | |
|
|
|  |  |  |  |  |  |  | |  |
| **出席者** | |  |  |  |  |  | |  |
| 職　種 | | フリナガ | | | | ZOOMのID・PW送付先 E-mail | | |
| 氏　名 | | | |
|  | | フリガナ | | | |  | | |
|  | | | |
|  | | フリガナ | | | |  | | |
|  | | | |
|  | | フリガナ | | | |  | | |
|  | | | |
|  | | フリガナ | | | |  | | |
|  | | | |
|  | | フリガナ | | | |  | | |
|  | | | |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 別紙回答用紙 | |  |  |  | |  | | **締切：令和４年8月19日（金）** | | | | | |
| 兵庫県こころのケアセンター　相談室　萩原・栃本行 | | | | | |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  | | |  |  | |
| FAX　：078-200-3019　またはJunko\_Hagiwara@j-hits.org | | | | | | | | | | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  | | |  |  | |
| **令和４年度ひょうごＤＰＡＴ研修会** | | | | | | | | | | | | |  |
|  |
| **開催日：令和４年10月15日（土）・10月16日（日）** | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  | |  | | |  |  | |
| 所属機関名 | |  | | | | | | | | | | | |
| 申込み代表者名 | |  | | | | | | | | | | | |
| 日中連絡先(E-mail／電話番号） | | E-mail： | | | | | | | TEL： |  | | | |
| 緊急時連絡先※ | |  | | | | | | | | | | | |
|  | (電話番号） |
| (代表者氏名） |  | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  | |  | | |  |  | |
| ※災害や新型コロナウイルス感染症等で中止となった場合は、当日の朝までにホームページに掲載しますが、万一の場合に備えて緊急時のみに活用します。研修後は速やかに破棄しますので、ご協力をお願いします。 | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  | |  | | |  |  | |
| **出席者** |  |  |  |  | |  | |  | | |  |  | |
| 職　種 | フリガナ 氏　名 | | | 受講歴の有無（受講済みに〇） | | | | | | ZOOMのID・PW送付先 E-mail | | | |
| 無 | 基礎 | | 実務者 | ステップアップ | |
|  | フリガナ | | |  |  | |  |  | |  | | | |
|  | | |
|  | フリガナ | | |  |  | |  |  | |  | | | |
|  | | |
|  | フリガナ | | |  |  | |  |  | |  | | | |
|  | | |
|  | フリガナ | | |  |  | |  |  | |  | | | |
|  | | |
| ※原則、2日間連続の受講を基本とします。予定人数を超過した場合は、ひょうごDPAT登録病院の受講希望者を優先します。業務の都合等で1日のみの出席者は、当センター担当まで事前に連絡ください。 | | | | | | | | | | | | | |
| ※本研修は、H30年度から研修内容を大幅に変更し、演習をより多く取り入れた実践に役立つものとしています。過去に受講歴がある方も、スキルアップのために再受講をご検討ください。 | | | | | | | | | | | | | |