**令和２年度　兵庫県こころのケアセンター　こころのケア特別研修受講申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　コース名：TF-CBT　Introductory　Training

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 年　齢 |  　　　 歳 |
| 氏 名 |  | 性　別 | 男 ・ 女 |
| 職業(職種・資格） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　 　　　） |
| 勤務先 | 　・名　称　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・所在地　〒　　　－　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・ＴＥＬ 　（　　　　） －　　　　　　　　　　　　・ＦＡＸ　 （　　　　） －　　　　　　　　　　　・Ｅメール 　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 |
| 連絡先※勤務先と同じ場合は、記入不要です。 | 　・住　所　〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・ＴＥＬ （　　　　） －　　　　　　　　　　　　　・ＦＡＸ （　　　　） －　　　　　　　　　　　　　・Ｅメール　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　  |
| 受講の動機 |  |
| アンケート | □勤務している職場ですでにTF-CBTを実施している専門家がいる。□勤務している職場でTF-CBTを実施する準備中である。□勤務している職場でTF-CBTを実施する予定は当面ない。□勤務している職場の近く(市・県など）でTF-CBTを実施している機関がある。□勤務している職場の近く(市・県など）にはTF-CBTを実施している機関がない。 |
| 受講したことがある研修に○をつけてください |  | 当センターが開催したTF-CBT　Introductory　Training（　　年　月　日） |
|  | 当センターが開催した子どものPTSDのアセスメント（　　年　月　日） |
|  | 当センターが開催した子どものPTSDのアセスメント受講者による伝達講習（　　年　月　日　講師名：　　　　　　　　　　　　） |
|  | 他団体が開催したTF-CBT　Introductory　Training（　　年　月　日　講師名：　　　　　　　　　　　　） |
|  | 他団体（講師：亀岡）が開催した子どものPTSDのアセスメント |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

注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）この研修は対象となる職務に現在就いている方を対象としています。

４）災害等で研修を開催できない場合の連絡用に、緊急連絡先を記載してください。

　　　　　　　　　　　　（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丁目３－２

　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ：０７８－２００－３０１０　　ＦＡＸ：０７８－２００－３０１７

Eメール：kensyu@j-hits.org