**令和２年度兵庫県こころのケアセンター　TF-CBTコンサルテーション申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 年　齢 | 歳 |
| 氏 名 |  | 性　別 | 男 ・ 女 |
| 職業(職種・資格） | （　　　　　　 　　　） | | |
| 所属 | ・名　称  　・所在地　〒　　　－    　・ＴＥＬ 　（　　　　） －  　・ＦＡＸ　 （　　　　） －  ・Ｅメール | | |
| 連絡先  ※所属と同じ場合は、記入不要です。 | ・住　所　〒　　　－    　・ＴＥＬ （　　　　） －  　・ＦＡＸ （　　　　） －    ・Ｅメール | | |
| TF-CBT イントロダクトリー・トレーニング受講日 | 年　　　月　　　日　　講師名（　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　 開催場所（　　　　　　　　　 　　　　　　） | | |
| 研究協力 | □兵庫県こころのケアセンターの研究に協力する。  □兵庫県こころのケアセンターの研究に協力しない。 | | |
| 確認事項 | □TF-CBTを開始している症例がすでにある。  □TF-CBTを今から開始する症例がある。  □TF-CBTを実施する症例を模索中である。 | | |

　注１）記載いただきました個人情報は、コンサルテーション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）このコンサルテーションは実施症例のある方（実施予定を含む）を対象としています。

　　　　　　　　　　　　（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