

## 令和3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) 氏 名	( )	年 齢 (申込時)	歳
職業(職種・資格)	( )		
所属	・名 称 _____ ・所在地 〒 _____ ・TEL ( ) _____ ・FAX ( ) _____ ・Eメール _____		
連絡先	・住 所 〒 _____ ・TEL ( ) _____ ・FAX ( ) _____ ・Eメール _____		
※所属と同じ場合は、 記入不要です。			
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	<input type="checkbox"/> 兵庫県こころのケアセンターの研究に協力する。 <input type="checkbox"/> 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			

- 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