**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） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 年　齢（申込時） |  　　　　 歳 |
| 氏 名 |  |
| 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 |  |

　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