

令和3年度兵庫県こころのケアセンター 特別研修受講申込書

令和 年 月 日

コース名：PTSD 構造化面接－CAPS を理解する

(フリガナ) 氏 名	()	年 齢 (申込時)	歳
職業(職種・資格)	()		
勤務先	・名 称 _____ ・所在地 〒 _____ ・TEL () _____ ・FAX () _____ ・Eメール _____		
オンライン参加 アドレス送付先 ※勤務先と同じ場合は、 記入不要です。	・Eメール _____		
研修関係書類(受講通知等)の送付先 ※勤務先と同じ場合は、 記入不要です。	・氏 名 _____ ・住 所 〒 _____ _____		
緊急連絡先 ※研修当日連絡可能な 宛先をご記入ください。	・TEL () _____ ・FAX () _____ ・Eメール _____		
受講の動機			
備 考			

- 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