**令和４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：TF-CBT　Introductory　Training

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　フリガナ |  | 年 齢 |  　　歳 |
| 氏 名 |  |
| 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〉・Ｅメール 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 研修関係書類（研修資料、振込用紙等）の送付先 | 〈勤務先と同じ場合は記入不要〉　・氏　名　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・住　所　〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 緊急連絡先 | 〈研修当日連絡可能な連絡先をご記入ください。〉　・ＴＥＬ （　　　　） 　－　　　　　　　　　　　・ＦＡＸ （　　　　） 　 －　　　　　　　　　　　・Ｅメール　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　  |
| 受講の動機 |  |
| これまでの受講歴　 |  | 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　　確認事項 | 確認欄 | 下記の項目を確認のうえ、可能な場合は、確認欄に☑をご記入ください。不可の場合は参加できません。 |
|  | 受講者以外の方が周りにいない環境（職場の会議室など可能な限り個室）で参加できる |
|  | パソコンから参加できる |
|  | 受講者の顔が見える状態（カメラ機能が使用可能）で参加できる |

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