

## 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：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 ( ) _____ ・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 ( ) _____ ・Eメール _____		
受講の動機			
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	
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。

(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](mailto:kensyu@j-hits.org)