**平成28年度 心理支援スキルアップ講座　申込書**

下記にご記入の上、e-mail（担当：齋藤　cbt.skillup@gmail.com）にてお申し込みください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な |  | | | 性　 別 | | （ 男性 ・ 女性 ） |
| 氏　　　 名 |  | | |
| 生 年 月 日 | 年 　　月　　 日 | | | 年　 齢 | | 歳 |
| 所　　　 属 |  | | | 職 　種 | |  |
| 臨床経験年数  （うち、精神保健医療福祉領域での経験年数） | | | | 年  （　　　　　　　年） | | |
| 連 絡 先　　　　　　　　　　　　　　　 　※希望連絡先の□に🗸を入れて下さい | | | | | | |
| □勤務先 | 住所  〒 | | | TEL | |  |
| FAX | |  |
| □自　宅 | 住所  〒 | | | TEL | |  |
| FAX | |  |
| □メールアドレス | |  | | | | |
| 心理支援スキルアップ講座への参加歴 | | | | □あり　□なし：志望理由をご記載下さい | | |
| 参加希望日：現時点での希望日に○印をつけて下さい | | | | | | |
|  | | | CBTミニ講座（18:00～） | | スキルアップ講座（18:30～）  ※第2,3,4,6回は19:00～ | |
| 第1回（ 7月 12日） | | |  | |  | |
| 第2回（ 8月 23日） | | |  | |  | |
| 第3回（ 9月 7日） | | |  | |  | |
| 第4回（10月25日） | | |  | |  | |
| 第5回（11月or 12月） | | |  | |  | |
| 第6回（1月 or　2月） | | |  | |  | |
| 事例発表希望　□あり（発表日程や内容に関して、担当者から連絡差し上げます） | | | | | | |
| 参加志望理由（新規参加の方のみ：受講後の活用・実践の見通しについてもご記載下さい） | | | | | | |
|  | | | | | | |