**令和5年度　包括的暴力防止プログラムトレーナー養成研修受講申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 研修期間（希望日に○） | （　　） ①　令和５年１１月２８日（火）～１２月１日（金）  （　　） ②　令和５年１１月２９日（水）～１２月１日（金） |
| 所属施設名（正式名） | ※認定証書発行の際に必要となるので簡略化せずご記入下さい |
| 所属施設連絡先 | 住所　〒　　　　－  ℡：  FAX：  E-mail： |
|  | （ふりがな）  ※認定証書発行の際に必要となるので簡略化せずご記入下さい |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日生　（　　　　）歳 |
| 職種（役職） |  |
| 経験年数 | 年　（精神科経験年数　　　　　年） |
| 現在勤務する病棟 | 一般精神　・　急性期　・　老人　・　重心　・　アディクション  思春期　・　医療観察法　・　その他（　　　　　　　　　　　） |