**令和5年度　包括的暴力防止プログラム（CVPPP）**

**フォローアップ研修会受講申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 所属施設名（正式名） |  |
| 所属施設連絡先　 | 住所　〒　　　　－℡：　　　　　　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　　　　　E-mail：　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  | （ふりがな）　　 |
| 日本こころの安全とケア学会会員番号 | 　　　　　　　　番※非会員の方は空白のまま提出して下さい。入会を希望される方は、学会HP・研修会場インストラクターへお問い合わせ下さい。 |
| 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） |
| 現在勤務する施設 | ●精神科病院（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（　　　　　　　　　　　） |
| トレーナー　またはインストラクター取得日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 研修動機 |  |