◎包括的暴力防止プログラムフォローアップ研修受講申込書◎

研　修　期　間	平成 28 年 9 月 27 日（火）
施設名 （法人名なども）	
所　在　地 （受講決定の際に郵送するための住所をお願いします）	〒　　－
連　絡　先	TEL :
	e-mail : （申し込み用紙を送信したアドレスとは違う連絡先を希望される方のみ）
ふりがな	
氏　　名	
性　別	□　男　　□　女
生　年　月　日	昭和　・　平成　　年　　月　　日生　　歳
身　長	
職　種	□　医師　　□　看護師　　□　准看護師 □　作業療法士　　□　臨床心理技術者　　□　精神保健福祉士 □　その他（　　）
職　位	
職務経験年数	
トレーナー資格 取得年月日	平成　　年　　月　取得
精神科勤務経験年数	
勤務する病棟	※記入例）男子閉鎖

※スポーツ保険申し込みの際に生年月日が必要となります。

※技術演習でグループ分けをするため身長が必要になります。

※同一施設で受講者が複数名いる場合、受講に対する優先順位を記載お願いします。

これらの情報は、CVPPP トレーナー養成研修および、トレーナー登録以外には使用しません。