

令和7年度 岩手医科大学医学部神経精神科学講座 こころのケア特別研修受講申込書

令和 年 月 日

研修名: **TF-CBT Introductory Training**

(フリガナ) 氏 名	()	年 齢	歳
		性 別	男・女
職業(職種・資格)	()・経験年数(年)		
勤務先	・名 称 _____ ・所在地 〒 _____ ・TEL () _____ ・FAX () _____ ・Eメール _____		
資料の郵送先 ※勤務先と同じ場合は、記入不要です。	・住 所 〒 _____ ・TEL () _____ ・FAX () _____ ・Eメール _____		
緊急連絡先	() _____ ※研修当日に、必ず連絡がとれる番号をお知らせ下さい		
受講の動機			
アンケート	☐ 勤務している職場ですでにTF-CBTを実施している専門家がいる。 ☐ 勤務している職場でTF-CBTを実施する準備中である。 ☐ 勤務している職場でTF-CBTを実施する予定は当面ない。		

	☐ 勤務している職場の近く(市・県など)でTF-CBTを実施している機関がある。 ☐ 勤務している職場の近く(市・県など)にはTF-CBTを実施している機関がない。 ※記入の 際も必ず 記入して ください
受講歴がある際 はお知らせくだ さい	<u>TF-CBT Introductory Training</u> 主催： 講師： 日時(開催場所)： ()
	その他、トラウマ治療に関する研修 主催： 講師： 日時(開催場所)：
推薦者	※受講を推薦している先生がいる場合はお知らせください(必須ではありません)。

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)欄は必ずご記載ください。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。

3)研修当日に使用できる緊急連絡先も、必ずご記載ください。

4)Eメールアドレスは、研修の事務連絡で使用できるものをご記載ください。

【申し込み先】

岩手医科大学附属病院 児童精神科・いわてこどもケアセンター

郵送: 〒028-3694 岩手県紫波郡矢巾町医大通2-1-1

FAX: 019-698-2313 **Email:** kodomocare.kensyu@gmail.com

【事務局・問い合わせ先】

TF-CBT岩手研究会 事務局 響・久保・石川・小川

Email: kodomocare.kensyu@gmail.com

TEL: 019-613-7111(代表・内線5550) 019-611-8007 (ダイヤルイン5550)