

令和2年度包括的暴力防止プログラム（CVPPP）トレーナー養成研修受講申し込み書

研修期間	令和2年度包括的暴力防止プログラム（CVPPP）トレーナー養成研修 令和2年11月26日（木）～27日（金） 11月30日（月）～12月1日（火） 4日間
<small>（ふりがな）</small> 施設名	（※ふり仮名をつけて下さい）
勤務先 （連絡先） ※受講決定通知 発送先になります。 TEL： _____ FAX： _____ E-mail： _____	住所 〒 _____ （※住所にふり仮名をつけて下さい） TEL： _____ FAX： _____ E-mail： _____
<small>（ふりがな）</small> 氏名	（※ふり仮名をつけて下さい） ※認定証書登録に必要となるため簡略化せずご記入ください。
生年月日等	昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ ）才 性別（男・女）
資格	医師・保健師・看護師・准看護師・精神保健福祉士 心理療法士・作業療法士・その他（ _____ ）
経験年数	（ _____ ）年 精神科での経験年数（ _____ ）年
現在勤務する領域	一般精神・急性期・アルコール等依存症・児童思春期・重症心身障害 知的障害・医療観察法・その他（ _____ ）
受講の動機 （困っている事、 解決したい事など）	