

独立行政法人国立病院機構さいがた医療センター

令和3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3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3年11月11日（木）～12日（金） 15日（月）～16（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。	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）	