独立行政法人国立病院機構さいがた医療センター

令和4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4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4年11月17日（木）～18日（金）　21日（月）～22（火）　4日間 |
|  | （※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： |
|  | （※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） |  |