|  |
| --- |
| 優先順位 |
|  |

別紙様式２

FAX送信票

FAX：０１９８－２４－０５２２

独立行政法人国立病院機構花巻病院　ＣＶＰＰＰ推進部会（代表：荒川亮）　宛

**平成３０年度　第１回**

**包括的暴力防止プログラムトレーナー養成研修受講申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名（法人名等も） |  |
| 所　在　地 | 〒　　　　－ |
| 連　絡　先 | ＴＥＬ： |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 性　　別 | □　男　　　　　□　女 |
| 生　年　月　日 | 昭和　・　平成　　　　年　　　月　　　日生　　　　　　歳 |
| 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 |  |
| 精神科勤務経験年数 |  |
| 勤務する病棟 | ※記入例）男子閉鎖 |
| テキスト注文 | □　注文する　　　　　□　注文しない |
| 駐　車　場 | □　利用する　　　　　□　利用しない |
| 懇　親　会 | □　参加する　　　　　□　参加しない |
| １日研修受講者  ※1日研修を受講していない方は記載の必要はありません | ※　受講開催地　（　　　　　　　　　　　　　　　　）  　□　通常通り受講（\15.000）　　□　2日目から受講（\12.000） |