

包括的暴力防止プログラムトレーナー養成研修会応募に際して

《応募対象者について》

- * 医師・看護師・准看護師・作業療法士・心理療法士・精神保健福祉士のほか、事務や助手など医療機関等に勤務する方ならどなたでも応募可能です。また福祉施設などで勤務する方も可能です。
- * 4日間の研修会全てに参加できる方に限ります。途中欠席される場合、認定証は発行できません。
- * 本研修は受講者同士、腕を掴むなど、身体が触れ合う事が多い研修です。基本的には同性での組み合わせを行います。やむを得ず異性との組み合わせになる場合がありますので、ご理解いただきますよう、よろしくお願いいたします。
- * 肩や腰に持病がある方や、心疾患などがある方の応募は控えていただくようよろしくお願いいたします。肩や腕、腰などを動かす実技演習が多くありますので持病が悪化し、以後の演習に支障をきたす可能性があります。持病の悪化等により見学を多くされますと修了証を発行できなくなる事がありますのであらかじめご了承ください。また、持病の悪化に関しての責任は一切負いませんのであらかじめご了承ください。

《応募方法について》

- * 案内文書同封の申込用紙に必要事項を記入の上、FAXにてご応募ください。記載漏れがあった場合は申し込みが無効となる場合がございますので十分にご確認の上送信して下さい。電話での申し込みは受け付けておりません。
- * 2024年度より、申し込みに個人用メールアドレスの記載が必須となりました。なおその個人データはトレーナー資格取得後に日本こころの安全とケア学会事務局に共有・保管することとなりますので、申し込みをされる時点で同意される方のみ応募してください。職場メールでのお申し込みはご遠慮願います。

《トレーナー認定証書およびテキストについて》

- * 本研修会において、包括的暴力防止プログラム（CVPPP）トレーナー認定証書を発行するにあたり①トレーナー登録（①所属施設名、②氏名、③性別）と②認定証書発行への同意が必要となっており、研修参加申し込みをした時点で同意されたものとさせていただきます。なお、認定証書発行手数料は研修会費に含まれております。

《申込 FAX 用紙記載について》

- * 優先順位：一施設2～3名応募可能としていますが、応募状況により受講者数を減らしていただくこともありますので、用紙に優先順位を付けて送信されるようお願いいたします。優先順位の記載がない場合はこちらで調整させていただくこともあります。
- * 施設名：病院名だけでなく、法人名も省略せずに記載してください。
- * 所在地：通知書をお送りいたしますので、職場の住所を記載してください。個人での申し込みの場合は希望する送付先の住所を記載してください。
- * 連絡先：連絡が取れる電話番号と個人用のメールアドレスの記載をお願いします。
※特にメールアドレスは大きな文字で記載をお願いします。
- * 氏名：分かりやすく、大きな字での記載をお願いします。
- * 生年月日：研修参加中のスポーツ保険加入に際して必要事項となっておりますのでご了承ください。
- * 職位：師長や主任などの方は記載をお願いします。特に何も無い方は記載不要です。
- * 職務経験年数：現在の職種についてからの年数を記載してください。
- * 精神科経験年数：職務経験年数のうち精神科に勤務した年数を記載してください。
- * 勤務する病棟：今現在勤務している病棟（例：男女閉鎖病棟など）を記載してください。
- * 駐車場：病院駐車場の利用有無を記載をお願いします。

《個人情報の取り扱いについて》

取得した個人情報については当該研修の範囲内で使用いたします。同意なく利用目的以外に利用いたしません。また同意なしに第三者への開示、提供を行うことはありません。併せて、漏えい、滅失または棄損の防止と是正、その他個人情報の安全管理のために必要かつ適切な措置を講じます。