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

**【第　回　包括的暴力防止プログラム養成研修受講申込書】**

|  |  |
| --- | --- |
| 研　修　期　間 | 平成　　年　　月　　日（火）～平成　　年　　月　　日（金） |
| 施設名（法人名なども） |  |
| 所　在　地 | 〒　　　　－ |
| 連　絡　先 | ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ： |
| 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 |

※スポーツ保険申し込みの際に生年月日が必要となります。