**令和７年度　岩手医科大学医学部神経精神科学講座　こころのケア特別研修受講申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　月　　　日

**研修名：TF-CBT　Introductory　Training**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 年　齢 | 歳 |
| 氏 名 |  | 性　別 | 男 ・ 女 |
| 職業(職種・資格） | （　　　　　　 　　　）・経験年数（　　 　年） | | |
| 勤務先 | ・名　称  　・所在地　〒　　　－    ・ＴＥＬ 　（　　　　） 　 －  ・ＦＡＸ　 （　　　　） －  ・Ｅメール | | |
| 資料の郵送先  ※勤務先と同じ場合は、記入不要です。 | ・住　所　〒　　　－    　・ＴＥＬ （　　　　） －  　・ＦＡＸ （　　　　） －  　・Ｅメール | | |
| **緊急連絡先** | （　　　　　） －　　　　　　　　　　　**※研修当日に、必ず連絡がとれる番号をお知らせ下さい** | | |
| 受講の動機 |  | | |
| アンケート | □勤務している職場ですでにTF-CBTを実施している専門家がいる。  □勤務している職場でTF-CBTを実施する準備中である。  □勤務している職場でTF-CBTを実施する予定は当面ない。  □勤務している職場の近く(市・県など）でTF-CBTを実施している機関がある。  □勤務している職場の近く(市・県など）にはTF-CBTを実施している機関がない。  2枚目のご記入もお願いいたします | | |
| 受講歴がある際はお知らせください | **TF-CBT Introductory Training**  主催：  講師：  日時（開催場所）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| **その他、トラウマ治療に関する研修**  主催：  講師：  日時（開催場所）： | | |
| 推薦者 | ※受講を推薦している先生がいる場合はお知らせください（必須ではありません）。 | | |

注１）記載いただきました個人情報は、研修実施に係る目的以外には使用しません。

２）**職業（職種・資格）欄は必ずご記載ください。**この研修は対象となる職務に現在就いている方を対象としています。

３）研修当日に使用できる緊急連絡先も、必ずご記載ください。

４）Ｅメールアドレスは、研修の事務連絡で使用できるものをご記載ください。

【申し込み先】

岩手医科大学附属病院 児童精神科 ・ いわてこどもケアセンター

**郵送**：〒028-3694　岩手県紫波郡矢巾町医大通2-1-1

**FAX**：019-698-2313　　**Ｅmail**：kodomocare.kensyu@gmail.com

【事務局・問い合わせ先】

TF－CBT岩手研究会　事務局　響・久保 ・石川・小川

**Ｅmail**：kodomocare.kensyu@gmail.com

**TEL**：019-613-7111（代表・内線5550）　019-611-8007 (ﾀﾞｲﾔﾙｲﾝ5550)