

研修申込書

No. _____

講座名			希望グループ		
ふりがな			男 ・ 女	19	年 月 日生
氏名	⑩				
住所	〒		TEL () -		
勤務先	勤務先名	職名			
	住所〒			TEL () -	
連絡先	できる限り日中連絡の とりやすい所に○印・ ご記入をお願いします。		自宅・勤務先・携帯電話 (- -)		
	その他 (名前		TEL - -)		
職 業	職 業 分 野	1.医療 2.学校 3.児童福祉 4.老人福祉 5.知的障害児・者福祉 6.身体障害児・者福祉 7.地域福祉 8.公的扶助 9.その他 ()			
	職 種	1.相談業務(カウンセリング等) 2.施設指導員 3.保育士 4.OT 5.ST 6.PT 7.医療・看護 8.教育一般 9.障害児教育 10.その他 ()			
学 歴	1.大学院卒 2.大卒 3.短大卒 4.専門学校卒 5.高卒 6.学生 7.その他 ()				
	専攻	1.福祉 2.心理 3.教育 4.保育 5.医療・看護 6.その他 ()			
センターとの関係 (該当するもの 全てに丸をして 下さい)	1.援助専門職講座修了 2.SW課程修了(訓練Ⅰ・Ⅱ,治療教育,理論,スーパービジョン,自己成長,コミュニケーション技術再訓練) 3.家族療法課程修了(通年,月例スーパービジョン,自己覚知,短期ワークショップ) 4.アドバンスト訓練課程修了 5.スーパービジョン継続課程修了 6.K式講習会修了(初級,中級) 7.社会福祉士・社会福祉主事課程修了 8.その他(特別プログラム,委託研修等) 9.参加経験なし				
臨床心理士資格	有 ・ 無		登録番号		
希望・期待することなど					
参加費用	金額	円 送金済み ・ 送金予定 (年 月 日)			