**令和7年度　包括的暴力防止プログラム（CVPPP）**

**フォローアップ研修受講申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 研修期間 | 令和7年11月30日（日） |
| 所属施設名（正式名） | ※研修参加証明証書発行の際に必要となるので簡略化せずご記入下さい |
| 所属施設連絡先　 | 住所　〒　　　　－TEL：　　　　　　　　　　　　　　 FAX：　　　　　　　　　　　　　 E-mail：　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 学会会員番号 | （ふりがな）　　氏名　 　 　　　　　　　　　 学会番号　　　　　　　　　　　　番※研修参加証明証書発行の際に必要となるので簡略化せずご記入下さい。※非会員の方は空白のまま提出してください。入会を希望される方は、学会HP・研修会場インストラクターへお問い合わせください。 |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日生　（　　　　）歳　 |
| 職種（役職） |  |
| 経験年数 | 　　　　　　年　（精神科経験年数　　　　　年） |
| 現在勤務する病棟 | 一般精神　・　急性期　・　老人　・　重心　・　アディクション思春期　・　医療観察法　・　その他（　　　　　　　　　　　） |
| トレーナー・インストラクター取得日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 研修に対する要望 | 例）講義の〇〇の部分の説明が聞きたい／チームテクニクス希望など |