2023度　包括的暴力防止プログラム（CVPPP）トレーナー養成研修受講申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 研修期間 | 2023年5月20日（土）、21（日）、6月3日（土）、4日（日） |
| 所属施設名（正式名） | ※認定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　〒　　　　－  ℡：  FAX：  E-mail： |
| 学会会員番号 | （ふりがな）  　　　　　　　　　　　　　　　　　番  ※認定証書発行の際に必要となるので名前は簡略化せずご記入下さい。  ※非会員の方は会員番号を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（　　　　　　　　　　　） |
| コロナワクチン接種回数 | （　　　　　　　）回 |

※コロナワクチン接種回数は感染が発生した場合の対策のために用いる情報です。受講の可否を左右することはありません。