

平成29年度 近畿ブロック「HIV 医療におけるカウンセリング研修会」等

参加申込票

申込み：FAX またはメール(同内容、様式自由)にてお送り下さい。

8月31日(木)必着

FAX 番号：06-6943-6467

または e-mail: morita@onh.go.jp (いずれも大阪医療センター臨床心理室：森田宛)

ふりがな	
氏名	
所属機関	・名称： ・所属部門： ・住所：〒 — ・該当する箇所に○を付けて下さい ・ブロック拠点病院 ・中核拠点病院 ・拠点病院 ・各自治体派遣（_____府・県・市） ・その他（_____） ・大学院生
連絡先	・電話番号 — — （職場・自宅・携帯） ・FAX 番号 — — （職場・自宅） ・e-mail アドレス(PC から受信可能なアドレス) _____ ◎緊急連絡先 同上 または — —
心理職としての経験年数	_____年
HIV 感染症におけるのべ経験件数	該当する箇所に○を付けて下さい あり（10 件未満 10～29 件 30～99 件 100 件以上） なし
臨床心理士資格	あり(登録番号: _____)→(臨床心理士歴 _____ 年) ・ なし
該当する箇所に○を付けて下さい。(尚、事例発表希望の締切は7月10日です。)	
事例検討会:2017年9月29日(金)	
①午前の部:10～13時(講師:安村 直己 先生/甲子園大学) …… 御出席 (事例発表を 希望する / 希望しない) 御欠席	
②午後の部:14～17時(講師:岸本 寛史 先生/高槻赤十字病院) …… 御出席 (事例発表を 希望する / 希望しない) 御欠席	