2022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」

参　　加　　申　　込　　票**2023年2月24日（金）必着**

**下記にもれなくご記入の上、FAX、またはメール（同内容、様式自由）にてお送り下さい。**

**大阪医療センター臨床心理室：森田宛**

**FAX番号：０６‐６９４３‐６４６７　または、morita.mako.gt@mail.hosp.go.jp**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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  ・自治体派遣カウンセラー （　　　　　　府・県・市） ・その他（　　　　　　　　　）　・大学院生 | |
| 連　絡　先（**必ずすべて**の項目をご記載下さい） | ・電話番号　　　　　　　　－　　　　　　　　　　－　　　　　　　 　　（職場・自宅・携帯）  ・FAX番号　　　　　　　　－　　　　　　　　　　－　　　　　　　 　　（職場・自宅）  ・e-mail（PCから受信可能なアドレス）  ◎**緊急**連絡先（携帯など）　　　　　　　　　　　　　―　　　　　　　　　　　― | |
| 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 |
| 公認心理師資格 | | あり　　　　　　　　　　　　　　　　なし |
| 該当する箇所に○を付けて下さい。(申込み締切：**事例発表希望＝1/6（金）、参加のみ＝2/24（金）**)  **事例検討会：2023年3月17日（金）に**   1. 午前の部：10～12時……　　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：13～16時（コメンテーター：山中 京子 先生／コラボレーション実践研究所）   ……　　御出席(事例発表を　希望する　／　希望しない)　 　　 　　　御欠席 | | |