

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 <input type="checkbox"/> を付けて下さい ·ブロック拠点病院 <input type="checkbox"/> 中核拠点病院 <input type="checkbox"/> 拠点病院 ·自治体派遣カウンセラー (_____府・県・市) <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> 大学院生			
連 絡 先 <u>(必ずすべて</u> の項目をご 記載下さい)	·電話番号 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - (職場・自宅・携帯) ·FAX 番号 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - (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 <input type="checkbox"/> を付けて下さい あり (10 件未満) <input type="checkbox"/> 10~29 件 <input type="checkbox"/> 30~99 件 <input type="checkbox"/> 100 件以上) <input type="checkbox"/> なし			
臨床心理士資格	あり(登録番号: _____) (臨床心理士歴 _____ 年) <input type="checkbox"/> なし			
公認心理師資格	あり <input type="checkbox"/> なし			
該当する箇所に <input type="checkbox"/> を付けて下さい。 <u>(申込み締切:事例発表希望 = 11/28(金)、参加のみ = 1/9(金))</u> 事例検討会:2026 年 1 月 30 日(金)に 午前の部:10~12 時..... 御出席(事例発表を 希望する / 希望しない) <input type="checkbox"/> 御欠席				
午後の部:13~16 時(コメントーター:中田 行重 先生 / 関西大学) 御出席(事例発表を 希望する / 希望しない) <input type="checkbox"/> 御欠席				