CVPPPフォローアップ研修会参加申込書

* この内容は連絡及び、演習時のグループ分や講義の参考とするものです。

お問い合わせ

|  |
| --- |
| 長崎県精神医療センター〒856-0847　大村市西部町　1575-2Tel：0957-53-3103　Fax：0957-52-2401教育担当（副看護部長）:上野　恵美子 |

長崎県精神医療センター

ＦＡＸ　0957-52-2401

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 連絡先（勤務先で結構です） | 住所　〒　　　－TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　　　　　　 |
| 氏　　名 | （ふりがな） |
| 年　　齢 | 才 |
| 性　　別 | 男　　　　　　　女 |
| 身長 | 　　　　　　㎝ |
| トレーナーを取得した年 | 年 |
| 精神科経験年数 | 年 |
| その他質問などあればご記入下さい。 |  |