

CVPPPフォローアップ研修会参加申込書

長崎県精神医療センター

F A X 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	cm
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。	

※ 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

担当者 長崎県精神医療センター

上野 恵美子

Tel : 0957-53-3103

Fax : 0957-52-2401

Email: e-ueno@nagasaki-hosp-agency.or.jp