送付先：cp-shoji@hospk.ncgm.go.jp　FAX：047－372－1858　申込締切：2019 年 7 月 26 日（金）

神経性過食症に対する CBT－E 簡易マニュアル運用のための研修会 WG 事務局

（国府台病院心療内科） 宛

第 4 回　神経性過食症に対する CBT-E 研修会受講申込書

フリガナ 受講者氏名	
勤務先（名称）	
勤務先住所	〒
勤務先電話・FAX	TEL：　　FAX：
e-mail アドレス	
職種、資格	
神経性過食症への 治療経験（年数）	治療経験あり（　　年）　・　　治療経験なし
所属学会	日本心身医学会・日本心療内科学会・日本摂食障害学会・非会員

注意事項

＊職種を記入し、保有する資格をご記入ください。

＊受講が決定しましたら、受講決定通知書をお送りいたしますので、当日受付に提出して下さい。開催の 1 週間前に通知が届いていない場合はお問合せ下さい。

＊治療経験に関しては当てはまる箇所に〇をつけ、ありの場合は治療経験年数もご記入下さい。

＊当てはまる所属学会に〇をつけてください。3学会に所属していない場合は非会員に〇をつけてください。

＊受講修了書には申し込み時の氏名を使用いたしますので間違えのないようにご記入をお願いします。