

送付先: 2019cbte@gmail.com

受付番号(事務局使用欄)

FAX: 047-372-1858

申込締切: 2021年11月5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8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			
勤務先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) (該当する欄に●印をお選びください)	治療経験あり		年
	治療経験なし		
所属学会 (該当する欄に●印をお選びください)	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		
①CBT-E実施状況のアンケートへのご協力の可否 (該当する欄に●印をお選びください)	連絡可		
	連絡不可		
②(上段の「連絡可」)に●印を選択された場合 (該当する欄に●印をお選びください)	当ワーキンググループメンバーが関係するCBT-E研修に関する案内希望		
	不要		

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。
尚、開催の1週間前までに通知が届いていない場合はお問い合わせ下さい。
- ・ 治療経験に関しては当てはまる欄に●印をお選びいただき、ありの場合は治療経験年数もご記入ください。
- ・ 当てはまる所属学会に●印をお選びください。3学会に所属していない場合は、非会員に●印をお選びください。
- ・ 受講修了書には申込時の氏名を使用いたしますので間違いのないようにご記入をお願いいたします。
- ・ (上記申込書内の)「①アンケートへのご協力の可否」にて『連絡可』に●印を選択された場合、受講者の事後のCBT-E実施状況の調査のため、本申込書で登録された情報を利用させていただきます。