

## 令和2年度第1期兵庫県こころのケアセンター「こころのケア」研修受講申込書

令和 年 月 日

- 1 受講を希望される研修コースの「申込欄」に○印を付けてください。
- 2 1枚の申込書で複数のコースに申し込むことができます。受講を希望されるすべてのコースの「申込欄」に○印を付けてください。
- 3 「受講の履歴」も記入してください。

区分	コース名	申込欄	受講履歴
専門 研修	① 消防職員のための惨事ストレスの理解と予防（7月1日～2日）	<input type="checkbox"/>	有(H・R 年度)・無
	② 発達障害とトラウマ（7月31日）	<input type="checkbox"/>	有(H・R 年度)・無
	③ 対人支援職のためのセルフケア（8月19日～20日）	<input type="checkbox"/>	有(H・R 年度)・無
	④ 悲嘆の理解と遺族への支援（9月2日～3日）	<input type="checkbox"/>	有(H・R 年度)・無
	⑤ DV被害者のこころのケア（9月16日）	<input type="checkbox"/>	有(H・R 年度)・無
	⑥ 被災者や被害者をささえるためにーサイコロジカルファーストエイドを学ぶー(9月17日～18日)	<input type="checkbox"/>	有(H・R 年度)・無
	⑦ 被害者や被災者の中長期の回復を支えるこころのケアーサイコロジカル・リカバリースキル(SPR)ー(9月30日～10月1日)	<input type="checkbox"/>	有(H・R 年度)・無
	⑧ 犯罪被害とこころのケア（10月15日～16日）	<input type="checkbox"/>	有(H・R 年度)・無
基礎研修	⑨ 子どもの領域におけるトラウマインフォームド・ケア～トラウマを「見える化する」支援を学ぶ～（8月5日）	<input type="checkbox"/>	有(H・R 年度)・無

(フリガナ) 氏名	( )	年齢	歳
		性別	男・女
職業(職種・資格)	( )		
勤務先	・名称 _____ ・所在地 〒 _____ ・TEL ( ) _____ ・FAX ( ) _____ ・Eメール _____		
連絡先	・住所 〒 _____ ・TEL ( ) _____ ・FAX ( ) _____ ・Eメール _____		

- 注1) 記載いただきました個人情報は、研修実施に係る目的以外には使用しません。
- 2) **職業(職種・資格)欄は必ず記載してください。**
  - 3) この研修は対象となる職務に現在就いている方を対象としています。
  - 4) 災害等で研修を開催できない場合の連絡用に、緊急連絡先を記載してください。

(申し込み及び問い合わせ先)  
 兵庫県こころのケアセンター研修情報課  
 〒651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通1丁目3-2  
 TEL: 078-200-3010 FAX: 078-200-3017  
 Eメール: kensyu@j-hits.org