

送付先：cp-shoji@hospk.ncgm.go.jp FAX:047-372-1858 申込締切:平成31年1月18日(月)

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3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、保有する国家資格もしくは国家資格に準ず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は○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○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○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。