包括的暴力防止プログラム（CVPPP）トレーナー養成研修

受講申し込み用紙

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 連絡先（勤務先可） | 住所：　〒TEL:FAX:Mail： |
| 受講生 | フリガナ：氏　　名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　）歳　（男　　女）　　　　　 |
| 職　種 |  |
| 経験年数 |  |
| 精神科経験年数 |  |
| 現在勤務する病棟 |  |
| 車で来院の有無 | 有　　　　無 | DVD購入希望 | 有　　　　無 |
| 研修受講動機 |  |

沖縄県立精和病院　CVPPP委員会