**参加申込書：令和元年度　CVPPPトレーナー認定コース**

施設名

住所　〒　　　‐

連絡先

（勤務先可）

　　　　　　　ＴＥＬ：　　　　　　　　　ＦＡＸ：

　　　　　　　Ｅ-mail：

参加者　　　　フリガナ

　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　歳　　　　　　　　男・女

職種　　　　　　　　　　　看護師経験年数　　　　　　　　　精神科経験年数

現在勤務する病棟　　　当てはまる病棟に○を付けて下さい。

一般科（　　　　　　　　　　　　　　　　）　　重症心身障害児（者）

精神：アルコール・薬物　　　急性期　　　医療観察法　　　認知症

その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）

車で来院の有無　　　 　（　有・無　）

|  |
| --- |
| 昼食用弁当希望の有無　　（　有・無　）  ※希望する日付に○を付けて下さい。　　6月：　18日、　19日、　20日、　21日 |
|  | |

研修参加動機

独立行政法人　国立病院機構　小諸高原病院

**参加申込書：令和元年度　CVPPPトレーナーフォローアップ1日コース**

施設名※

住所　〒　　　‐

連絡先

（勤務先可）

　　　　　　　ＴＥＬ：　　　　　　　　　ＦＡＸ：

　　　　　　　Ｅ-mail：

参加者※　　 フリガナ

　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　歳　　　　　　　　男・女

職種　　　　　　　　　　　看護師経験年数　　　　　　　　　精神科経験年数

現在勤務する病棟　　　当てはまる病棟に○を付けて下さい。

一般科（　　　　　　　　　　　　　　　　）　　重症心身障害児（者）

精神：アルコール・薬物　　　急性期　　　医療観察法　　　認知症

その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）

車で来院の有無 ※　　　（　有・無　）

|  |
| --- |
|  |

昼食用弁当希望の有無 ※

　　　　 　 （　有・無　）

　　　　　　　　　 　CVPPPトレーナー資格を取得した時期　　平成　　　年　　　月

研修参加動機及びCVPPPで日頃困っていること

令和元年度CVPPPトレーナー認定コース参加者は※の欄のみ記載する

独立行政法人　国立病院機構　小諸高原病院