第1回　近畿周産期こころのケア研修会

参　加　申　込　書

本参加申込書は、
＊必要事項を記入して、□には項目を選んで　レ印をつけて下さい。（複数回答可）
＊12月15日までに近畿周産期精神保健研究会宛に、メール又は、ＦＡＸにてお送り願います。
＊尚、E-mailでのお申込みは、件名を「第1回周産期こころのケア研修会申込み」として、添付ファイルで
近畿周産期精神保健研究会 事務局 E-mail：kspmh@wch.opho.jp（担当；川野）までお送りください。

年　　月　　日

フリ　　ガナ 氏　　名			年　齢	
職　　種		□公認心理師　□臨床心理士　□助産師　□看護師　□医 師 □大学院生　□その他（　　）		
周産期領域の臨床経験		□ 無　　□有　；経験年数（　　年）		
所 属 先	住　　所	〒		
	機 関 名			
	電話番号	TEL:　　FAX:		
		MAIL:		

★　今後、研修会の案内送付を自宅へ希望する方は、以下の連絡先にご記入ください。 ★　送付方法について　：　□ E-Mail 希 望　　□ 郵 送 希 望		
連 絡 先 （自宅の場合）	住　　所	〒
	電話番号	TEL:　　FAX:
		MAIL:

ア ン ケ ー ト

周産期領域の活動の場	□産科／婦人科　□NICU　□遺伝診療科 □小児科外来での発達フォロー　□保健所　□療育施設 □地域包括支援機関　□児童相談所/家庭児童相談所等 □小児科　□精神科　□心療内科 □その他（　　）
本研修会について どのように知りましたか	□上長より勧められた □同僚より案内された □HPを見て関心を持った □近畿周産期精神保健研究会の案内を見て関心を持った □その他（　　）

＊申込み書に記載の個人情報は、研修会のご連絡・ご案内の他には使用いたしません。