「強度行動障害医療研究会」入会申込書

申込み日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ | |  |
| 申込者氏名 | |  |
| メールアドレス | |  |
| 所属施設 | 名　　称 |  |
| 職名・職種 |  |
| 専門科  （医師の場合） | 精神科・児童精神科・小児科・小児神経科　など |
| 住　　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 自宅 | 住　　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 郵便物郵送希望送付先 | | ※郵便物送付希望先に☑をお願いいたします。  職場 　　　　　　　　　自宅 |
| 推薦者氏名 | |  |
| 推薦者所属施設名 | |  |
| **＊医師の方へ質問です＊**  福祉領域での「強度行動障害支援者養成研修」の講師をされていますか？ | | ※該当する方に☑をお願いいたします。  ・している  （都道府県名：　　　　　）  ・していない |
| **＊看護師の方へ質問です＊** | | 強度行動障害医療研究会看護分科会「KYOKAN」へ  メールアドレスをお知らせしてよろしいですか？  ・知らせて良い  ・知らせない |
| 備　　　　考 | |  |
| 事務局使用欄 | | 返信  　　　ML登録  　　　ML周知 |