「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 [ ]  |