

申込書郵送先 〒664-8533 兵庫県伊丹市車塚3-1

公立学校共済組合 近畿中央病院 メンタルヘルスケアセンター 宛

セミナー実施にあたり参考にさせていただきますので、下記項目にご記入ください。頂いた情報につきましては、当院が責任を持って管理いたします。

申込記載日 平成30年( )月( )日

参加申込書	
参加希望日	( )第1回 5/21(月) ( )第2回 6/4(月) ( )第3回 6/14(木) ( )第4回 6/28(木)  ※参加希望日に○をつけてください。 複数日希望される方は、参加したい回に複数○をつけてください。
ふりがな 氏名	
生年月日	S・H( )年( )月( )日生まれ ( )歳
性別	男 ・ 女
所属校・園	職名
休業期間	( )年( )月 ~ ( )年( )月 ( )年( )月 ~ ( )年( )月 ( )年( )月 ~ ( )年( )月
連絡先 電話番号	
自宅住所 (ご案内送付 のため)	〒
認知行動療法 経験の有無	ある 認知行動療法( )回 集団認知行動療法( )回 ない
健康状態	心身の健康状態について、気になることがあればお書きください。 ( )
服用されて いるお薬名	現在、服用されているお薬があればお書きください。 ( )
本セミナーに 期待すること	

\*\*\*\*\* ご協力ありがとうございました \*\*\*\*\*