|  |
| --- |
| **2020年度 メリデン版訪問家族支援 基礎研修　申込書** |

年　　月　　日記入

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | （ふりがな） | | | | 性  別 |  | 年  齢 | 歳 |
| 所属先　（ふりがな）  ※家族会や自助グループに所属されている方は会の名称をご記入ください。 | | | | | | | | |
| 所在地（〒　　　　　―　　　　　　） | | | | | | | | |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  | | | | | |
| メール | ＠ | | | | | | | |
| 現住所（〒　　　　　―　　　　　　）※自宅を送付先としない方は記入不要です。 | | | | | | | | |
| ＴＥＬ |  | 希望送付先 | | □　勤務先　・　□　自宅 | | | | |
| 参加  条件  該当する項目全てに☑してください  2019年12月末時点での状況をご回答ください | * 精神障害のある人とその家族の支援の経験がある | | | | | | | |
| 支援者（職種　　　　　　　　　　）・家族・本人（いずれかに◯をしてください）  支援経験（約　　　年　　ヵ月） | | | | | | | |
| * 精神保健福祉領域での訪問支援の経験がある　　□ 経験なし（入門研修を受講済）   訪問支援の経験（約　　　年　　ヵ月）  最も経験の長い訪問支援機関（　　　　　　　　　　　　　　　　例：訪問看護ステーション等） | | | | | | | |
| * 研修終了後、メリデン版訪問家族支援の技術を使った訪問支援をする条件が整っている   （実施機関：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  了解されている所属長の職位と氏名（家族・本人の方は家族会等での実施が必要です）  （職　位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| * 研修終了後、メリデン版訪問家族支援のスーパーバイズを1年以上受けながら実践する | | | | | | | |
| * 研修終了後、メリデン版訪問家族支援の日本における普及に協力する意思がある | | | | | | | |
| * 一般社団法人ジャパンファミリーワークプロジェクトの会員である（団体会員を除く）   正会員 ・ 賛助会員（個人） ・ これから申し込む（いずれかに◯をしてください） | | | | | | | |
| その他  該当する項目全てに☑してください | □　基礎研修に応募したことがある（東京・札幌・帯広・京都・愛知・仙台）〇をしてください | | | | | | | |
| ※以下、グループ分けの参考にさせていただきます。  □　SSTの実施経験がある | | | | | | | |
| □　心理教育の実施経験がある | | | | | | | |
| □　家族教室や家族心理教育の実施経験がある | | | | | | | |
| □　家族会と協働して活動している（活動内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 自己PR（200字程度） | | | | | | | |
| 事務局への連絡事項 | | | | | | | | |

**＜個人情報の取り扱い＞**申込において得た個人情報は、研修運営のために使用します。この利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。

**※事務局記入欄**（以下は記入しないでください）

|  |
| --- |
| 受付確認　　　年 　月　 日　／　受講の可否　可　・　不可　／　受講決定通知の発送　　月　　日発送 |
| 入金確認　　　年　　月　　日　／　備考 |