

## お申込み方法

- ①参加をご希望の方は、本参加申込書に必要事項をご記入のうえ、FAXあるいは郵送にてお申込みください。  
公開レクチャーのみをご希望の方は、当協会HPの申込フォームに必要事項をご記入のうえ、お申込み可能です。
- ②11月以降に、当協会より受講料振込用紙をお送りいたしますので、期限までにお振込みをお願いいたします。
- ③ご入金の確認をもって、受講決定通知をお送りいたします。
- ※非会員の方で、申込と同時に当協会にご入会いただける方は、会員価格+年会費1,000円でご参加頂けます。  
参加申込書及び入会申込書にご記入ください。当日入会では差額の返金は出来かねますので、ご了承ください。

## 令和5年度ワークショップ参加申込書

氏名	(かな) ( )	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 協会員 <input type="checkbox"/> 非会員
住所	〒 ( ) ( ご自宅 ・ 勤務先 ) ..... TEL. ( ) - E-Mail: @		
所属		職種	
申込希望	<input type="checkbox"/> 全プログラム※ <input type="checkbox"/> 公開レクチャーのみ		

※全プログラムへお申込みの方は、以下をご確認ください。

全プログラムへの参加は、児童思春期精神保健の領域で、相談・教育・福祉・治療に携わっている関係者の方とさせていただきます。事例検討に関わる守秘義務について、以下に署名・捺印頂くことで守秘の同意を得られたものとします。  
私は、事例検討で得られた個人情報について他言しないことに同意します。

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

事例検討・グループワークおよび他機関とのネットワークづくりのために、参加者名簿を資料に添付いたします。  
掲載される情報は氏名・ご所属・ご職種です。左記情報の記載については、承諾いただいた方のみとさせていただきます。

承諾する  承諾しない

## 入会申込書

当協会は、広島県の精神保健福祉の向上やその啓発を目的として設立されました。各種研修会の企画や助成金事業など、様々な活動を行っております。当協会の事業はその大半を会費収入によって運営しております。つきましては、精神保健福祉に関心をお持ちの多くの方のご入会をお待ちしております。

広島県精神保健福祉協会会長様

貴会の趣旨に賛同し、次のとおり申込みます。

登録住所 \_\_\_\_\_ 上記に同じ ・ その他 ( 自宅 ・ 勤務先 ) TEL ( ) -  
〒 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

【広島県児童思春期精神保健事例検討ワークショップ運営委員・グループファシリテーター】 (敬称略・順不同)

朝枝 清子	広島市精神保健福祉センター 所長	一般社団法人広島県精神保健福祉協会 理事
松田 文雄	松田病院 院長	土岐 茂 第2心療クリニックコモリ工 医師
西田 篤	広島市こども療育センター愛育園 園長	川瀬 啓子 安田女子大学名誉教授 臨床心理士
安常 香	広島県西部こども家庭センター 医師	永川 邦久 こあカウンセリング・ルーム 主宰
黒崎 充勇	広島市立舟入病院 小児診療科主任部長	尾形 明子 広島大学大学院人間社会科学研究科 臨床心理士