

EMDR トレーニング(Weekend 2 神戸)参加申込書

(すべての項目は楷書で、英文表記はブロック体でもれなく記入して下さい)

| | | | |
|-----------------------------------|------------------|----------------------|--|
| ① 氏名 | | | |
| ② ①の英文表記 | | | |
| ③主たる所属機関名・ 部門・役職名 | | | |
| ④ ③の英文表記 | | | |
| ⑤資格(免許)・登録 番号および資格発行 機関・団体名 | | | |
| ⑥ ⑤の英文表記 | | | |
| ⑦住所(勤務先) | 〒 | フリガナ | |
| | 電話 | Fax | |
| | E-mail | | |
| ⑧住所(自宅) | 〒 | フリガナ | |
| | 電話 | Fax | |
| | E-mail | | |
| ⑨連絡先の希望 | 勤務先・自宅(○をつけて下さい) | | |
| ⑩最終学歴(学部・専攻を 明記のこと) | | | |
| ⑪心理・精神科 臨床経験年数 ※1 | 年 | ⑫主たる心理・ 精神科臨床の機関名 | |
| ⑬指導者・推薦者名 ※2 | (精神科医・臨床心理士・その他) | | |
| ⑭所属学会名 ⑮(その英文表記) | | | |

年 月 日申し込み 署名:

※1 臨床経験年数をお書きください。精神科医、心療内科医以外の医師の方については、精神科あるいは他の心理業務での経験年数をお書きください。

※2 注:必ずしも、EMDR 研修修了者である必要はありません。また、推薦者の署名が必要なわけではありません

EMDR 実施状況報告書

以下に、Weekend 1 修了後の EMDR 実施状況を正直にお知らせください。治療が成功かどうかを受講許可の判断基準には致しません。どの程度の実施状況で受講許可が下りるかは予測できません。3名分のクライアントへの適用記録をご報告頂ける用紙（この用紙）をお使い下さい。

氏名： _____

Weekend 1 受講年月： _____年____月 場所： _____

EMDR 適用ケース数： _____名、EMDR 適用のセッション数： _____セッション

| #1 | 男・女 | 才 | これまでののべセッション数： | のべ EMDR セッション数： |
|----|-----|---|---------------------------------------|-----------------|
| | | | ターゲット記憶： NC： PC： その他、特記すべき情報 | |
| #2 | 男・女 | 才 | これまでののべセッション数： | のべ EMDR セッション数： |
| | | | ターゲット記憶： NC： PC： その他、特記すべき情報 | |
| #3 | 男・女 | 才 | これまでののべセッション数： | のべ EMDR セッション数： |
| | | | ターゲット記憶： NC： PC： その他、特記すべき情報 | |

これまでに終えたベーシック・コンサルテーション時間（ 時間）コンサルタント名： _____

その他参考になりそうな情報：