

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：