|  |
| --- |
| **2021年度 メリデン版訪問家族支援 トレーナーズコース**  **申込書** |

年　　月　　日記入

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | （ふりがな） | | | 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 |  | | |
| メールアドレス | ＠ | | | | |
| オンライン用  メールアドレス | ＠ | | | | |
| 研修資料送付先　（〒　　　　　―　　　　　　） | | | | | |
| 緊急時連絡先 |  | | | | |
| 参加条件  該当する項目全てに■してください  2021年11月末時点での状況をご回答ください | □　Family work practitioner証を受領していること | | | | |
| □　メリデン版訪問家族支援を1ケース以上終了していること  ※訪問支援の経験年数　　　年　　か月  ※終了ケース　　　　　件／実施中のケース　　　　件  ※経験したセッション  □ エンゲージメント　　□ アセスメント（個別）　　□ アセスメント（家族）  □ 情報共有　　□ よい状態でいるプラン　　□ うれしい気持ちを表現する  □ 明確に頼みごとをする　　□ 不快な気持ちを表現する　　□ 積極的傾聴  □ 問題解決技法　　□ 家族ミーティング | | | | |
| □　メリデン版訪問家族支援のスーパーバイズを受けること | | | | |
| □　当法人と一緒にトレーナーとして本プロジェクトを担っていく意志があること | | | | |
| □　当法人の会員であること（団体会員を除く） | | | | |
| 受講動機 |  | | | | |

**＜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 |