|  |
| --- |
| **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 |