

Prolonged Exposure (PE) Therapy 講習会

(持続エクスポージャー療法)

日時：平成24年8月4日(土)、5日(日)、6日(月)、7日(火) 4日間 AM10:00~PM5:00

場所：道民活動センタービル(かでの2・7)510・520研修室(札幌市中央区北2条西7丁目 植物園向い)

講師：小西 聖子 先生(武蔵野大学大学院 教授、武蔵野大学心理臨床センター長)
吉田 博美 先生(武蔵野大学 非常勤講師)

講習会名：Prolonged Exposure Therapy for PTSD 集中4日間コース(4日間連続ご参加下さい)

参加費：28,000円(消費税込み)※テキスト、懇親会及び参加費振込手数料はご負担下さい。

※講習会初日終了後(8/4)、懇親会を予定しております。参加ご希望の方は、お申込時にお知らせ下さい。

※別途、必携テキストがございます。書店にてお買い求めいただくか、お申込時にお知らせください。

テキスト：『PTSDの持続エクスポージャー療法 - ト라우マ体験の情動処理のために』
エドナ・B・フォア 他著：監訳/金 吉晴・小西 聖子 星和書店 定価 3,570 円(税込)

参加資格：PTSD等の臨床経験がある又は経験する可能性がある専門家

(精神・神経・心理等の医療関係者(医師・臨床心理士・看護師・保健師 etc))

定員：25名(定員になり次第募集締め切りとします)

申込方法：参加申込書に必要事項をご記入の上、メール、FAXにてお申込みください。

(当センターのホームページに申込用紙をご用意しております)

申込受付：随時申込受付中 ~ 平成24年 7月 17日(月)迄〔一次募集〕

★参加お申込みから受講案内までの流れ

- ①メールまたはFAXにてお申込みください。
- ②受診確認後、こちらからお申込み確認のためのFAXをお送りします。
- ③後日、ご受講の可否をメールまたはFAXにてご連絡いたします。
- ④ご受講いただける方には、別途、「払込取扱票」(ゆうちょ銀行)をお送りしますので、指定期日までに
お振込み手続きをお願いします。

なお、指定期日までに入金確認が出来ない場合はキャンセルとなりますのでご注意ください。

【お申込・お問合せ先】 社団法人北海道家庭生活総合カウンセリングセンター事務局(善養寺・大森)

〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目1 道民活動センター(かでの2・7)5階

E-MAIL: counserinko@yahoo.co.jp FAX: 011-271-5068

※恐縮ですが、必ず「PE講習会の件」とご記入ください。

本講習会は、「臨床心理士」の教育・研修機会として、財団法人日本臨床心理士資格認定協会に申請中です。
承認された場合、同協会より実績2ポイントが認められます。

共催 社団法人北海道家庭生活総合カウンセリングセンター <http://www.counseling.or.jp>
武蔵野大学社会連携センター

後援 北海道・札幌市・社団法人日本精神科病院協会北海道支部・北海道精神科病院協会・札幌市精神科医会
社団法人北海道看護協会・北海道臨床心理士会

〈送信先〉 社団法人北海道家庭生活総合カウンセリングセンター事務局
 FAX 011-271-5068
 メール counserinko@yahoo.co.jp

Prolonged Exposure Therapy 講習会申込用紙

| | | | |
|--|---|--------------|---|
| | | 申込日：平成 年 月 日 | |
| ふりがな | | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生 |
| 氏名 | | | |
| 住所 | 〒 — | | |
| 電話番号 | ①TEL — — (FAXはTELと同じ <input type="checkbox"/>) ②FAX — — ③携帯 — — ④メール | | |
| 勤務先名 所属 | 〒 — ⑤TEL — — ⑥FAX — — | | |
| 職種 | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> その他 () | 経験年数 | 年 |
| 臨床心理士登録番号をお持ちの方は番号をお書きください () | | | |
| 講習会の予定変更などに使用するためのお電話番号等 (ご都合のよろしい番号に <input checked="" type="checkbox"/> をご記入下さい) | | | |
| <input type="checkbox"/> ①自宅 TEL <input type="checkbox"/> ②自宅 FAX <input type="checkbox"/> ③携帯 TEL <input type="checkbox"/> ④メール <input type="checkbox"/> ⑤勤務先 TEL <input type="checkbox"/> ⑥勤務先 FAX <input type="checkbox"/> その他 (— —) | | | |
| ご紹介者名 (この講習会へのご参加にあたり、ご紹介者がいらっしゃいましたらご記入ください) | | | |
| 懇親会 (8月4日講座終了後) への参加を希望 <input type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しない | | | |
| テキスト：『PTSDの持続エクスポージャー療法 - ト라우マ体験の情動処理のために』 購入申込を <input type="checkbox"/> します ・ <input type="checkbox"/> しません | | | |
| その他 | | | |

(太枠内に必要事項にご記入いただき、該当する口内にチェック を記入してください。)

※ご記入いただきました個人情報については、本講習会とそれに関連する事業以外には使用いたしません。

【事務局記入欄】

| | | | | | | |
|-------|-----|-------|--|------|----------|-------|
| 申込確認日 | 月 日 | 申込受理者 | | 懇親会 | 参加 ・ 不参加 | 講習会参加 |
| 納付確認日 | 月 日 | 納付確認者 | | テキスト | 要 ・ 不要 | |