

## 受 講 願 書 (摂食障害研修ベーシックコース)

平成 年 月 日

国立研究開発法人

国立国際医療研究センター国府台病院長 殿

フリガナ 受講者氏名	
勤務先 (名称)	
勤務先 (住所)	〒
勤務先 (電話等)	TEL FAX
e-mail アドレス (選択肢に○をつける)	今後研修等の案内を 希望する 希望しない
現在の勤務部署名	
病棟・病院の摂食 障害患者数	
貴先生の症例提示 (選択肢に○をつける)	提示希望する 提示希望しない
懇親会の参加 (選択肢に○をつける)	参加する 参加しない (4日 18:00~)
志望動機	
摂食障害患者の 経験について	例)・外来で何人程度診察している。 ・病棟に何例入院していた。など
興味のあるテーマ について (複数回答可: □にチェックをつける)	□摂食障害患者へのラポール形成のコツ □摂食障害についての疾患説明の仕方 □逸脱行為をどう扱うか □摂食障害患者家族にどう接するか □その他 (自由記載: ) □国府台病院からの症例提示

(送付・照会先)

〒272-8516 千葉県市川市国府台 1-7-1

国立国際医療研究センター国府台病院

TEL 047-372-3501 (代表)

FAX 047-372-1858 (代表)

e-mail: dnaho-t@hospk.ncgm.go.jp

心療内科 田村 奈穂 庄子 雅保