平成29年度家族心理教育インストラクター養成セミナー申込書

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 懇親会  ※7/29、会費4000円 | 1．参加する　　　　2．参加しない |
| 勤務先 | 名称  住所　〒  Tel　　　　　　　　　　　　　　　　Fax |
| 自宅 | 住所　〒  Tel（できれば携帯）　　　　　　　　Fax |
| メールアドレス | ※できるかぎり添付ファイルの送受信ができる個人専用アドレスをご記入ください  （ない場合は取得を強く推奨します） |
| 職種 | 該当するものすべてに〇をしてください  1. 医師　2. 看護師　3. 精神保健福祉士　4. 作業療法士　5. 心理士  6. 薬剤師　7. その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 精神科経験年数 | 約　　　　　年 |
| 希望連絡先 | 1. 勤務先　　　　　　2.　自宅 |
| 家族心理教育の経験  ※構造化された介入に限ります | 1. 複数家族グループ   ・経験年数：約　　　　年  ・対象家族、実施手法、経験した役割（できるだけ詳しくお書きください）   1. 単家族介入   ・経験年数：約　　　　年  ・対象家族、実施手法、経験した役割（できるだけ詳しくお書きください） |
| 本人心理教育の経験 | 経験年数：約　　　　年 |
| 推薦を受けた運営委員 |  |
| 標準版家族心理教育研修会への参加経験 | 参加回数：　　　　回  開催地（すべてお書きください）： |

次のページに続きます

|  |  |
| --- | --- |
| 抱負 | インストラクターとして認定された後、どの地域でどのような活動に取り組みたいか、抱負を書いてください |
| 心理教育ネットワークへの入会 | 1. 済　　　　　2.　未（お申込みいただけません） |

★よろしければ以下の項目についてもお答えください（書類選考には用いません）

|  |
| --- |
| 1. 使うことのできるパソコンソフトに〇をつけてください。    1. パワーポイント　　　　2）ワード　　　　3）エクセル |
| 1. ご自分の地域で今後一緒に活動できそうな家族心理教育インストラクターとのつながりがある場合、そのインストラクターの名前等をお書きください（複数可） |
| 1. おひとりさまネットワークの会員ですか？　　　1)　はい　　　2）いいえ |
| 1. 標準版家族心理教育研修会の事務局を担当したことがありますか？　　　1)　ある　　　2）ない |

インストラクターとして活動するにあたって求められること

インストラクターとして認定されたら、次の①～⑥を継続的に実践していくことが求められます。

①当事者支援、家族支援の大切さに日頃から目を向け、日常的に取り組むこと

②家族心理教育の理論と方法の基礎をよく理解し、個別・グループでの家族支援を実施すること

③家族心理教育の理論と方法、およびその技術に関する研修会（標準版家族心理研修会など）を企画・実施して普及に貢献すること

④インストラクターの一員として、他のインストラクターと積極的に交流し学び合うこと

⑤家族心理教育および家族心理教育以外の介入技術に関して、みずからの知見を広げ力量を高める努力を継続的に行うこと

⑥家族心理教育を通して、精神医療保健福祉システム、教育システムなどの底上げと向上を図る意識をもつこと

「インストラクターに求められること①～⑥」をよく理解し、同意した上で、申し込みます。

署名