お申込者：　　　　　　　様　e-mail：　　　　　@　　　　申込日付：　　年　月　日

**ＳＳＴ普及協会（心理教育・家族教室ネットワーク協力）出前講座申込用紙**

ご所属施設 名称：　　　　　　　　　　　　 お役職：

〒：　　　-　　　　　ご住所：

電話番号：　　　-　　　　-　　　　 Fax：　　　-　　　　-

＜今後の連絡担当者が異なる場合は下記にご記入ください。＞

お名前：　　　　　　 　様　e-mail：　　　　　@　　　　　 お役職：

**ご記入欄**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | 貴院の特徴と、今後強化したい診療機能、リハビリテーション機能についてお知らせください |
|  |
| 2 | 貴院にはリハビリテーションや地域支援を担当する部門や、地域移行支援の委員会などはありますか？ |
|  |
| 3 | 下記の出前講座のうち関心をお持ちのものに〇をお願いします。もし希望される講師がありましたら（）内にご記入ください。（講師の都合が合わないとき、ご記入がないときはこちらで講師を選択させていただきます） |
| ①急性期入院治療活性化・再発防止講座（　　　　　）②長期在院患者の退院支援活性化講座（　　　　　）③参加者が魅力を感じるデイケア講座（　　　　　　） | ④個別支援SSTにより回復を促進する講座（　　　　　）⑤家族支援と家族心理教育を実践する講座（　　　　　）⑥スタッフの質の向上のための講座（　　　　　　　　　 ） |
| 4 | 貴院で出前講座を実施する場合にご都合の良い曜日と時間帯はありますか？ |
|  |
| 5 | 出前講座のあと、貴院でその後に実践が継続発展することを願っていますが、その可能性はありますか？ |
|  |
| 6 | 費用は１講座３時間に講師１名で３万円＋講師交通費を予定しています。貴院のお考えをお聞かせください。 |
|  |
| 7 | その他、ご要望やご希望がありましたら、ご記入をお願いします。 |
|  |