群馬県こころの健康センター企画研修係　あて
ＦＡＸ　０２７－２６１－９９１２

群馬県かかりつけ医うつ病対応力向上研修会　参加申込書

日　時　　平成２９年１０月１５日（日）　午後１時～５時３０分
場　所　　群馬会館ホール
申込締切　　平成２９年１０月１０日（火）

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電　話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ふりがな 氏　　名	生 年 月 日 （必ずご記入ください）	診療科目 （必ずご記入ください）	産業医従事の有無

◇修了証書に記載しますので、氏名・生年月日は正確にご記入くださるようお願いします。

《事前アンケート》　あてはまるものに〇をつけてください。

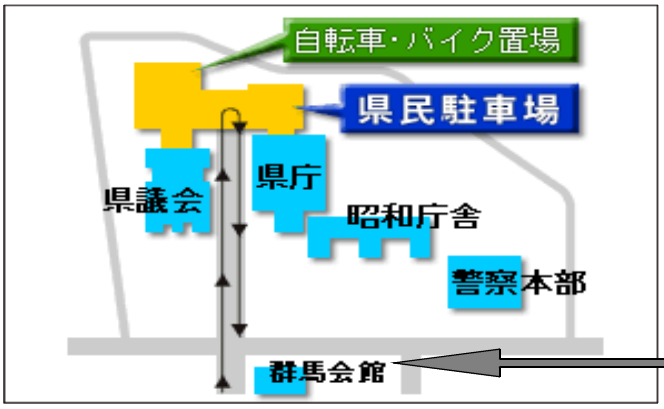
◆うつ病が疑われる患者さんが受診される頻度はどの程度ですか？
① よくある　② たまにある　③ ほとんどない　④ ない

◆うつ病が疑われる患者さんへの対応でお困りになることはありますか？
① よくある　② たまにある　③ ほとんどない　④ ない

◆対応でお困りになるのはどのようなことですか？
① 診断　② 治療　③ 生活や就労等の支援　④ 患者との会話
⑤ その他（　　）

◆うつ病薬の投与経験はありますか？
① ある　② ない

◆今回の研修で講師への質問があればお書きください。
（　　）



・県民駐車場をご利用ください。
・駐車に時間がかかる場合があります。余裕を持ってお越しください。
・研修終了後の駐車場からの出庫も時間がかか場合がありますのであらかじめご了承ください。

会場はこちらです