

別紙

送付先(送付票不要) *申し込み期限 平成29年8月22日(火)
あいち小児保健医療総合センター 保健センター保健室
FAX: 0562-43-0504

「周産期医療現場スタッフと取り組む子育て支援に関する研修会」

参加申し込み・アンケート (平成29年9月4日開催)

御所属: _____

連絡先: 電話 () _____ 担当者名: _____

*Eメールアドレス: _____ ☆研修ご案内等に活用する場合があります

1 貴所属では、妊娠期出産後のメンタルヘルス支援に関して質問票などを利用していますか? <いいえ・はい (→何を利用していますか? 下記に○か記入)>

- ① 育児支援チェックリスト ② 赤ちゃんへの気持ち質問票 ③ EPDS
④ 質問票セット (①+②+③) ⑤ 分娩前後チェックリスト ⑥ NICE
⑦ 所属で作成した質問票 ⑧ その他 ()

2 気になる妊産婦さんへのメンタルヘルス支援はどのように実施していますか?

3 講師への質問をご記入ください。

4 出席者希望者

所属部署・病棟名等	参加者氏名	職種

<お知らせ>

***申込みが定員に達した場合**: ホームページ上の保健部門のページにその旨を掲載しますのでご確認ください。なお、同一所属で申込み多数の場合は、制限の連絡を差し上げることがあります。

***悪天候等の場合**: 研修会中止の場合は、ホームページ上に中止連絡を掲載します。