

# キューラー・ロスのワークショップ

(旧称：生と死、そして乗り越えるためのワークショップ)

参加希望者を募集します。

ふだん、様々な困難や悲しみに出会ってしんどい思いをしたり、苦しんでいても、実際には、仕事に没頭したりすることで、このような負の感情をしまい込んで表現することなく溜めこみ、あちこちにたくさん隠し持って、一見何事もなく平穏に暮らしているかのように見せています。しかし、その負の感情を素直に吐き出して、心の水槽をきれいに掃除しすっきりさせることは、その後のことからだの立ち直りや、健康増進にとっても大切です。また、死を迎える準備をしている方々にもとても大切なことです。

切れ目なく続く日常生活の中で、世間体や家族の手前、親の手前、夫の手前、妻の手前、子供の手前、本当は最初に打ち明けたいのにわかってほしいのに、聞いてほしいのに、なかなか出来そうで出来ないのは、感情がたくさんこもった本当の気持ちの吐露です。そしてそれを誰かに聞いてもらいたい、知っててもらいたいという共有化への欲求や魂の叫びを届けたい希望です。このような要望を実現する場を創出し提供する

ことが、私たちのワークショップの「仕事場」です。

キューラー・ロスのワークショップの「仕事場」は、素直な感情の吐き出しを支援する場所です。キューラー・ロス博士の創案した方法に従って、こころを開放してゆきます。

私たちスタッフはこのワークショップの創始者が精神科医であったことから、お手伝いするスタッフは医療関係者が多いのですが、医療としてではなく皆様の心の健康増進の立場から、医療がわかる、企業がわかる、家庭経済がわかる、宗教がわかる、経験豊富で多彩なメンバーがスタッフ認証を得てこのワークショップを開催し、皆さんの心理支援、有終支援活動を行っています。

## 参加申し込みにあたり

①この「参加申し込みフォーム」に必要事項を記入のうえ、下記事務局に、直接郵送していただくか、ファクシミリにより申し込みください。

②参加に関する詳細情報を差し上げます。また、詳しくはお電話にて、ご相談させていただきます。

③「参加申し込みフォーム」およびご記入いただいた内容は、個人情報として厳重に守秘されます。

この情報はワークショップにおけるあなたの支援にのみ使用し、別の目的では使用しません。

お申し込みいただきながらも最終的に参加されなかった場合は、ご記入いただいた「参加申し込みフォーム」を後日返送させていただきます。

## 問い合わせ・申込み先

事務局：佐橋 啓空（通照院）

TEL 070-5041-9186 FAX 078-708-7722

〒655-0037

兵庫県神戸市垂水区歌敷山 1-5-19

参加申し込みフォーム **秘**

申し込み日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏 名 : \_\_\_\_\_ (男/女)

生年月日 : 大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

年 齢 : \_\_\_\_\_ 歳

自宅住所 : 〒 \_\_\_\_\_

自宅 Tel/Fax : \_\_\_\_\_

職 業 : \_\_\_\_\_

連絡の必要があれば、

勤務先住所 : 〒 \_\_\_\_\_

勤務先 Tel/Fax : \_\_\_\_\_

☆ご連絡用の電話番号と、かけていい時間帯

TEL \_\_\_\_\_ 時頃

☆電話でなんと通じますか

☆緊急連絡先 (携帯電話可) :

電話 : \_\_\_\_\_

氏名 : \_\_\_\_\_ 続柄 : \_\_\_\_\_

☆参加理由

乗り越えたい事はどのようなことですか？

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☆このワークショップを何でお知りになりましたか？

①新聞・雑誌

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 新聞/誌

②主催者広報

③知人の紹介

紹介者氏名 : \_\_\_\_\_

あなたと紹介者との関係 : \_\_\_\_\_

④その他 (具体的に)

\_\_\_\_\_

☆グループワークをするにあたって参考にいたしますので、下の項目をお知らせください

\* たばこは吸いますか ①はい ②いいえ

\* たばこを吸う方と同室でもかまいませんか？  
①はい ②いいえ

\* 集団生活を行う上で気になる自分の癖  
歯ぎしり、いびきなどがあれば、具体的に記入してください

\* アレルギーの有無や食事に関して留意事項がありましたらご記入下さい。

\* 過去1年間に、病気で入院/治療を受けたことがありますか？ ①はい ②いいえ

\* さしつかえなければ病名をご記入ください。

\* 最近カウンセリングなどの精神療法を受けたことがありますか？ ①はい ②いいえ

\* 現在常用している薬があれば、記載ください

\* あなたのニックネーム  
(ワークの全期間で使用します)。

\_\_\_\_\_