

2017年度 児童思春期心理療法セミナー 申込書

2017年 月 日

| | | | |
|-----------------------------------|--|--------|-------------|
| セミナー参加回数 | 参加回数に○をつけてください。 3回すべて参加 ・ 2回参加 ・ 1回参加 | | |
| 参加日 (参加の回に✓をつけてください) | <input type="checkbox"/> 第1回目:平成29年7月17日(月・祝) <input type="checkbox"/> 第2回目:平成29年9月18日(月・祝) <input type="checkbox"/> 第3回目:平成29年12月23日(土・祝) | | |
| ふりがな | | | |
| 氏名 | 男 ・ 女 歳 | | |
| 勤務先 | ・ 勤務先名 (院生は所属名) ・ 勤務形態 (○をつけてください) 常勤 / 非常勤 / 院生 / その他 () | | |
| 職種 | (臨床経験 年) | | |
| 連絡先住所 (※郵便番号もお忘れなく ご記入ください) | 自宅 / 勤務先 / その他 () (○をつけてください) 〒 _____ _____ Tel: () Fax: () | | |
| 連絡先 メールアドレス | ・ e-mail _____ ※今後のご案内、資料等は、基本的にこのメールアドレスにお送りさせていただきますので、添付ファイルが開けるメールアドレスをご記入下さい。(極力freeメールのアドレスは避けて下さい。 <u>hot mail、yahoo mailは届かない場合もあるのでご注意ください。</u> ※大文字・小文字、数字とアルファベットの違いをはっきりご記入下さい。 | | |
| 臨床心理士資格 | 無 / 有 (臨床心理士登録番号:) | | |
| 事例発表の希望 | 無 / 未定 / 有 (希望日:) | | |
| 研修証明書の発行 | 不要 / 要 | 領収書の発行 | 不要 / 要(宛名) |
| セミナーへの御要望 | | | |
| 前年度までの参加 | 無 ・ 有 | | |

※ご記入いただく個人情報、当セミナーの諸連絡や資料送付のために使用されます。

これらが第三者に不当に漏洩しないように当センターにて責任をもって管理いたします。

谷町こどもセンター・関西心理センター FAX 06(6767)6702