

2019年度 児童思春期心理療法セミナー 申込書

2019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:令和元年 7月15日(月・祝) <input type="checkbox"/> 第2回目:令和元年 9月23日(月・祝) <input type="checkbox"/> 第3回目:令和元年 11月4日(月・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