

日本ゲシュタルト療法研究所主催 ゲシュタルト療法 50 セッション訓練希望

氏名:

年齢:

住所:(〒 )

e-メール:

電話:

所属(含む職務):

学歴:

既に経験したもの:(○印をお付けください)

- ・高野山ゲシュタルト療法ワークショップ
- ・日本臨床ゲシュタルト療法学会大会(含む研修会)
- ・日本心理臨床学会ゲシュタルト療法ワークショップ
- ・日本人間性心理学会ゲシュタルトワークショップ
- ・その他( )

参加動機(簡潔に):