

日本臨床ゲシュタルト療法学会主催 ゲシュタルト療法ワークショップ (2017年7月28日~30日) 参加申し込み書	
ふりがな	
氏名	
性別 / 年齢	男性 ・ 女性 年齢 () 歳
連絡先	住所 (〒 -) E-Mail(もしあれば) : 電話 : ()
所属 (現職) (もしあれば)	
紹介者 (もしあれば)	
臨床心理士番号 (もしあれば)	
参加動機など	
いままでに参加したワークショップや個人セラピーの経験 (もしあれば)	
連絡事項 (含む希望)	特になし
(事務処理・記入不要)	

郵送による申し込み: 〒607-8175 京都市山科区大宅山田町34
京都橘大学健康科学部心理学科 中西龍一研究室気付
日本臨床ゲシュタルト療法学会 事務局