

2018年度 日本臨床ゲシュタルト療法学会主催 研修会 申込書

(2019年2月16日(土)必着)

* 学会員の方は、変更等なければ、太枠の中の下線部のみで結構です

ふりがな	
氏名	
参加枠	<input type="checkbox"/> 学会員として参加 (5,000円) <input type="checkbox"/> 非会員として参加 (7,000円) <input type="checkbox"/> 学会に入会し、学会員として参加 (10,000円：学会誌もお渡しします)
午後の希望コース	①個人ワークを中心としたコース ②ゲシュタルト的エクササイズを中心としたコース 第一希望： _____ 第二希望： _____
連絡先	住所：(〒 _____) メール ： 電話番号： <small>*連絡は基本的にメールを通じて行いますので、読みやすい字で正確にお書き下さい</small>
資格	<input type="checkbox"/> 臨床心理士 (臨床心理士番号： _____) <input type="checkbox"/> 公認心理師 (2018年度の試験に合格した方) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
性別	
年齢	
所属 (現職・職位等)	例：〇〇病院 □ 〇科心理カウンセラー
最終学歴 (具体的に)	例：〇〇大学 □ 〇学部 △ 〇学科
所属学会など (複数ある方は主たるもの)	
紹介者	
参加動機	参加動機： これまでにゲシュタルト療法に関する研修会等の参加経験や、個人セラピーを受けた経験があれば、差し支えない範囲でご記入下さい 参加経験のあるワークショップ等 <input type="checkbox"/> 当会主催の過去の研修会 <input type="checkbox"/> 当会 (以前は日本ゲシュタルト療法研究所) 主催の高野山ワークショップ <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 個人セラピー (_____)
連絡事項	
当会からの情報提供 (大会や研修会案内等)	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない

* 提供された個人情報は本研修会のみで使用し、それ以外には使用いたしません。

以下は記入不要 (事務局用)

受付日	案内送信日	備考	受付 No.
-----	-------	----	--------