

送信先: clinical_gestalt@outlook.jp

2019年度 日本臨床ゲシュタルト療法学会 12/8 第10回大会申込書
(2019年12月1日(日)必着)

ふりがな	
氏名	
性別	
年齢	
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) *参加費は当日会場で受け付けます <input type="checkbox"/> 大学院生・学部生として参加(3,000円)
連絡先	住所:(〒 -) メール : 電話番号: *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
所有している 関連資格	<input type="checkbox"/> 臨床心理士(臨床心理士番号:) *継続研修ポイント申請用 <input type="checkbox"/> 公認心理師 <input type="checkbox"/> その他()
所属 (現職・職位等)	例:○○病院□□科心理カウンセラー
学歴 (具体的に)	例:○○大学□□学部△△学科/○○大学大学院□□研究科△△専攻
所属学会など (複数ある方は主たるもの)	
参加動機	
本大会を どこで知ったか	<input type="checkbox"/> 当会からの郵便やメール等での案内を見て <input type="checkbox"/> 当会のホームページを見て <input type="checkbox"/> 都道府県臨床心理士会での研修会案内等を見て <input type="checkbox"/> 関連施設等でチラシ等を見て(関連施設名:) <input type="checkbox"/> 知人等から紹介されて(紹介者:) <input type="checkbox"/> その他()
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学会のみに使用し、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.
-----	-------	----	--------