

日本臨床ゲシュタルト療法学会 第7回大会 参加申込書	
ふりがな	
氏名	
連絡先	住所（〒 ） E-Mail： 電話：
所属（現職） （タイトル）	
最終学歴	
資格（事前に承認が必要です）	臨床心理士（臨床心理士番号 ） 学会カウンセラー・カウンセラー・相談員・その他（ ）
所属学会など	
大会参加のみ 学会入会希望	・ 今回の大会にのみ参加（参加費 正会員 5000 円 非会員 7000 円 院生 3,000 円） ・ 学会に入会希望（年会費 正会員 5000 円）
紹介者 （もしあれば）	
参加動機など	（今までに参加した研修会や、個人セラピーのご経験があれば、それも含めてご記入下さい）
（事務処理・ 記入不要）	
受付日時	
入会・参加承諾	

郵送による申し込み：〒607-8175 京都市山科区大宅山田町34

京都橋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

郵送、メールともに参加申込書の締切は、2月24日必着のこと

メールによる申し込み：ホームページ参照 <http://clinicalgestalt.gr.jp/event.html>