

<p align="center">日本臨床ゲシュタルト療法学会 12/8 第9回大会 参加申込書(12/1 必着)</p> <p align="center">学会員の方は、参加・不参加・更新情報(住所が変わった等)のみをお知らせ下さい。</p>	
ふりがな	
氏 名	
連絡先	住所(〒) E-Mail: @ 電話:
所属(現職) (職位)	
最終学歴	具体的にお書き下さい ○○大学○○学部○○学科
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・その他()
所属学会など	
大会参加のみ 学会入会希望	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<p align="center">* 連絡は可能な限りメールを使用します。アドレスは読みやすい字でお書き下さい。 学会員の方は、更新情報がない限り、参加・不参加のみをお知らせ下さい。</p>
受付日時	
<p>提供された個人情報は、当学会からの連絡のみに使用し、それ以外には使用致しません</p>	

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

メールアドレス:nakanishi-r@tachibana-u.ac.jp