

心理療法実技訓練セミナー  
「力動的心理療法セミナー」参加申込書

以下の全ての項目について記入して下さい。（該当の無い項目には「なし」と記入して下さい）

ふりがな 氏名	生年月日		性別
	年	月	日
住所(自宅・勤務先)	〒  (どちらかを○で囲んでください)		
電話・FAX (自宅・勤務先)	(どちらかを○で囲んでください)		
携帯			
E-mail			
所属機関 在学者は学校名			
資格	臨床心理士    PSW    その他(       )		
臨床心理の学習歴	心理療法の学習歴(受けた学習内容、主催機関名)		
実務経験	職歴(仕事の内容、実務経験年数)		

受講料	<input type="checkbox"/> 全期コース 110,000円	<input type="checkbox"/> 2回に分納 各55,000円(後期8月30日迄)
-----	---	---

申込日：        年        月        日

参加申込は郵送、メール又はFAXにてお送り下さい。  
参加の可否については後日こちらからご連絡いたします。

〒158-0094 東京都世田谷区玉川3-21-17ライオンズマンションニ子玉川1F 児玉教育研究所  
TEL/FAX: 03-3709-3655  
E-mail: kodamaie@amber.plala.or.jp