

FAX送信先  
淑徳大学心理臨床センター 平成25年度「ロールシャッハ講座」係  
FAX : 043-262-0146

淑徳大学心理臨床センター主催  
平成25年度「ロールシャッハ講座（片口法）」

参加申込書

平成 25 年 月 日

●申込者情報

お名前	ふりがな		
参加形態	一般 (8,000 円)		(当てはまる形態の欄に丸を付けてください)
	本学修了生・在学生 (5,000)		
ご所属	(現在の主たるご勤務先をご記入下さい。学生は大学名と学年をご記入下さい。)		
連絡先	〒  【 ご自宅 ・ ご所属先 】		
電話番号		FAX 番号	
E-mail			
臨床心理士資格	平成	年資格取得 / 平成	年受験予定
臨床経験	年	ロールシャッハ 経験	年
返信方法	FAX ・ E-mail ・ 郵送		

お知らせ頂いた内容は個人情報保護法に基づき慎重に取り扱い、記載頂いた内容は本講座に限り使用致します。連絡情報でご記入を希望されない項目がありましたら、空欄にして下さい。但し、センターから連絡可能な方法を1つ選択して必ずご記入下さい。

センター使用欄 (受付 月 日 : No )