

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)