研修申込書

No.

講座名		希望コース	
ふりがな		男・女	年　月　日生
氏名	㊞		歳
住所	〒 TEL(　　)　－		
勤務先	勤務先名　　職名 住所〒 TEL(　　)　－		
連絡先	できる限り日中連絡のとりやすい所に○印・ご記入をお願いします。	自宅 ・ 勤務先 ・ 携帯電話 (　　-　　-　　) その他 (名前　　TEL　　-　　-　　)	
職業	職業分野	1.医療　2.学校　3.児童福祉　4.高齢者福祉 5.知的障害児・者福祉　6.身体障害児・者福祉　7.地域福祉 8.公的扶助　9.その他(　　)	
	職種	1.相談業務(カウンセリング等)　2.施設指導員　3.保育士 4.OT　5.ST　6.PT　7.医療・看護　8.教育一般 9.障害児教育　10.その他(　　)	
センターとの関係 (該当するもの全てに丸をして下さい)	1.SW課程修了 (実践現場, 対人援助, 治療教育, ケース検討) 2.家族療法課程修了　3.わくわく遊び講座 4.臨床心理士のためのワークショップ　5.K式講習会修了(初級, 中級) 6.社会福祉士・社会福祉主事課程修了　7.その他(特別プログラム, 委託研修等) 8.参加経験なし		
臨床心理士資格	有 ・ 無	登録番号	
研修を知った経緯 (該当するものに丸をして下さい)	1.自宅に届いた研修プログラムで知った　2.職場に届いた研修プログラムで知った 3.知人に紹介された　4.インターネットで調べた 5.その他(　　)		
希望・期待することなど			
参加費用	金額　　円　送金済み ・ 送金予定 (　　年　月　日)		

受講申込書に記載された情報は、講座の円滑な進行及び今後の研修案内の送付以外の目的には使用しません。なお、案内の送付を希望されない方は右の欄に印をつけて下さい。

案内の送付を希望しません □