研 修 申 込 書

講 座 名		希望コース	
ふ り が な		男・女	19　年　月　日生 歳
氏　　名	㊞		
住　　所	〒 TEL（　　）　　－		
勤 務 先	勤務先　　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（　　）	
学　　歴	1. 大学院卒　2. 大卒　3. 短大卒　4. 専門学校卒　5. 高卒 6. 学生　7. その他（　　）		
	専攻	1. 福祉　2. 心理　3. 教育　4. 保育　5. 医療・看護 6. その他（　　）	
センターとの関　　係 （該当するもの全てに○をしてください。）	1. 対人援助の基礎を学ぼう！講座（援助技術基礎講座）修了 2. ＳＷ課程修了（訓練、治療教育、理論、スーパーヴィジョン、箱庭、訓練継続、自己覚知、社会福祉） 3. 家族療法課程修了（通年、月例スーパーヴィジョン、自己覚知、短期ワークショップ） 4. わくわく遊び講座　5. 臨床心理士のためのワークショップ 6. K式講習会修了（初級・中級）　7. 社会福祉士・社会福祉主事課程修了 8. その他（特別プログラム、委託研修等）　9. 参加経験なし		
臨床心理士資格	有 ・ 無	登 録 番 号	
研修を知った経過 （該当するもの全てに○をしてください。）	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場合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 □