受付番号

日本カウンセリング学会｢認定カウンセラー養成カリキュラム｣による

第122回日本カウンセリング学会栃木研修会

参　加　申　込　書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １． | フリガナ |  | ○印をつけて下さい | 年齢 | 歳 |
| 氏　　名 |  | ・ 学会員・ 学　生・ 一　般 | ・男・女 |
| ２． | 自宅住所 | 〒 － ※平日の昼間繋がる連絡先をご記入ください。TEL： （　 　　 ）　　－FAX： （　 　　 ）　　－携帯：　　　　－　　　 － |
| ３． | 所　　属 |  | 書類送付先 | ・自　宅　　or・勤務先 |
| ４． | 所　在　地 | 〒　　－TEL：（　　　）　　－FAX：（　　　）　　－ |

**希望研修コース（希望順に番号をご記入下さい）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ⅰ認知行動 | Ⅱ論理療法 | Ⅲ家族療法 | Ⅳ催眠療法 | Ⅴ発達障害 | Ⅵ医療カウンセリング | ⅦグループSV |
| 希望順位 |  |  |  |  |  |  |  |

1．A．一部屋に1人　　　　　　B．一部屋に2人　　　　　　 C．一部屋に3人

　　 （10,000円追加）　　　　 （1人＝5,000円追加）　　 （1人＝3,000円追加）

　　　　　　　　　　　　　 　　同室希望者名（　　　　　　）　　　　　同室希望者名（　　　　　　）（　　　　　　）

2．5～6人の相部屋

同室希望者名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

3.　宿泊なし

|  |
| --- |
| 申　込　先／〒320-0857　宇都宮市鶴田2丁目1-8　ムギショウビル２F日本カウンセリング学会栃木研修会係　e-mail：co-tochigi@sound.ocn.ne.jp電話：028－649－1213（Fax：028－649－1213）郵便振替／口座番号：00190-6-696402加入者名：日本カウンセリング学会栃木研修会 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　理 | 入　金 | コース | 受講表 | 返信用 | 部　屋 |  |
|  | 振込 ・ 現金 |  |  |  |  |  |

下の欄には記入しないでください。