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。