

受講申込書

○をお申込講座名につけてください

○をつけた講座については、一括で請求させていただきます

() ①対人援助の感性を磨く	6,000円	() ⑧介護にかかわる人のためのストレスケア	3,000円
() ②子どもの育ちと発達障害	6,000円	() ⑨トラウマケア	6,000円
() ③マインドフルネス	6,000円	() ⑩双極性障害	3,000円
() ④パーソナリティ障害	3,000円	() ⑪精神分析的な精神療法	3,000円
() ⑤共依存	3,000円	() ⑫大人のADHD	3,000円
() ⑥支援現場におけるアセスメント・マネジメント	6,000円	() ⑬引きこもり支援	3,000円
() ⑦スキーマ療法(↓□に要チェック)	9,000円	() ⑭カウンセリングの技法	6,000円
□認知行動療法の既習者です(チェックして学習歴を記入ください)			
小計①	円	小計②	円
合計①+②		円	

横浜上大岡臨床心理センターの主催する上記の講座の受講を希望します。
また、講座内で扱われた事例、自分以外の人のプライバシーに関する守秘義務を守り、自律的に参加することに同意します。
フリガナ

20 年 月 日 氏名 印

住所	〒 _____ *ご住所は施設名・団体名・部屋番号までご記入ください。						
TEL			FAX				
E-mail				年齢	歳	性別	男・女
職業	(ボランティア活動等も含む)						

*心の学習は、心理的なバランスを崩す恐れもあります。ご自身の責任で受講していただくようお願いします。
*当センターでは、政治・宗教・セールスとは一切の関係を断っております。ご協力ください。

アンケート (講師の先生にお伝えして、講義内容に反映させるためのものです)

- 受講目的および講座に期待することをお書きください。
- 心理学・カウンセリングなどの学習経験を簡単にお書きください。(スキーマ療法受講希望の方は詳しく記入してください)
- どこでこの講座をお知りになりましたか。

個人情報は大切に管理し、今後のご案内を送付するために使用します。第三者に提供することは一切ございません。また、アンケートは講座の組み立てに役立ちます。個人の権利を遵守し、利用の拒否を求められたときは、ご要望に応じます。

【申し込み方法】郵送・FAXまたはWEBでお申込みください。(受付後に振込票等ご案内を送付します)

【申し込み先】郵送: 〒233-0002 横浜市港南区上大岡西1-12-3 サンシティ上大岡604
NPO法人横浜上大岡臨床心理センター宛

FAX: 045-846-1822

URL: <http://kamioookasinri.org>

