

FAX NUMBER: 0422-33-3655

住所:

〒181-8585 東京都三鷹市大沢 3-10-2

国際基督教大学

高等臨床心理学研究所

2nd 国際心理療法トレーニングワークショップ(ITWP)

参加申込書

2007/3/19

名前:

学位 (BA, MA, PhD /Major):

性別: 男/女

住所: 〒

電話番号:

FAX 番号:

E-MAIL アドレス:

所属先:

電話番号:

職名:

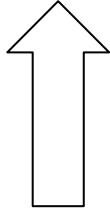
ワークショップ 参加登録:

参加されたいものにチェックをしてください。

ワークショップ

フェアウェル パーティー

コメント:



FAX NUMBER: 0422-33-3655

住所:

〒181-8585 東京都三鷹市大沢3-10-2

国際基督教大学

高等臨床心理学研究所

国際力動的心理療法研究会(IADP) 第13回年次大会

参加申込書

2007/3/20-21

名前:

学位 (BA, MA, PhD /Major):

性別: 男/女

住所: 〒

電話番号:

FAX 番号:

E-MAIL アドレス:

所属先:

電話番号:

職名:

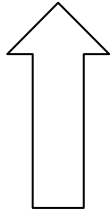
参加登録:

参加されたいものにチェックをしてください。

- 学会参加希望
- 懇親会

注意:参加費、お支払い方法に関しては追ってご連絡差し上げます。

コメント:



FAX NUMBER: 0422-33-3655

住所:

〒181-8585 東京都三鷹市大沢3-10-2

国際基督教大学

高等臨床心理学研究所

安全空間と共生の道を探る 国際ワークショップ

参加申込書

2007/3/23-26

名前: _____ 生年月日: 19 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (____ 歳) 性別: 男/女

住所: 〒 _____

電話番号: _____

FAX 番号: _____

E-MAIL アドレス: _____

所属先: _____

電話番号: _____

職名: _____

参加動機: 本グループへの参加動機、期待、取り組みたいことなどを、なるべく具体的にお書きください。

その他: _____

本プログラムはどのようにしてお知りになりましたか？

1. 紹介 (紹介者: _____)
2. その他 (_____)

これまでに心理相談、または類似の体験がありますか？

1. はい (Name of the organization: _____ 機関: _____)
2. いいえ

ご希望のご連絡方法をお知らせください。

1. FAX
2. E-mail

連絡先、連絡方法に関するご希望などあればお書きください。

(_____)