

第8回おおさか臨床動作法ワークショップ参加申込書

申込日： 年 月 日

フリガナ 氏 名	性別	所 属 職 種
	男 女	
住 所 (自 宅 ・ 職 場) 〒		
TEL	FAX	
携帯	連絡方法の希望	E-mail ・ FAX
E-mail		
<input type="checkbox"/> 日本臨床動作学会員 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> 大学院生		
臨床動作法研修会参加経験 <input type="checkbox"/> ある (回) ・ <input type="checkbox"/> ない		
<input type="checkbox"/> 弁当を注文する <input type="checkbox"/> 領収書希望		
通信欄 (ご意見、ご質問、領収書の宛名など)		

※①希望者には、昼食のお弁当 (お茶付：600円) をご用意いたします。 に をお付け下さい。

※②当日、研修証明書をお渡しいたします。

日本臨床動作学会の研修ポイントは2.5ポイントです。

臨床心理士の研修ポイントの申請はワークショップ修了後に行います。

第1～第7回ワークショップの研修ポイントは全て承認されています。

☆参加申込書到着後、3・4日をめぐりに事務局よりご連絡いたします。振込先をお伝えいたしますので、指定口座にお振込みください。ご入金をもって、参加確定とさせていただきます。

☆1週間たっても連絡がない場合には、お手数ですが、事務局までお問い合わせください。

☆当日は、動きやすい服装でご参加ください。更衣室も用意しております。



問い合わせ：大阪動作療法の会事務局

E-mail : osaka.dohsa@gmail.com

F A X : 0721-29-1184

H P : <http://osaka-dohsa.com/>