**中尾 みどり　行　　　　　　　 FAX番号**：**０７２１-２９-１１８４**

**E-mail：**[**osaka.dohsa@gmail.com**](mailto:osaka.dohsa@gmail.com)

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

**大阪動作療法の会主催**

**２０２４年度 継続研修会参加申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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： | | |
| □日本臨床動作学会会員　　　　　　　 □臨床心理士　 　　　　　　□大学院生 | | |
| 通信欄：ご希望・ご質問・ご意見等を具体的にお書きください。 | | |

参加申込書到着後、事務局よりご連絡を差しあげます。

参加費を、下記のゆうちょ銀行の振替口座にお振込みください。

大阪貯金事務センターからの通知を受けてのち、『参加証』をお送りいたします。

**加入者名　　　　　　　：　大阪動作療法の会**

**振替口座記号番号　　　：　００９２０ - ０ - １７４２２１**

**振込金額　　　　　　　：　１６,０００円**