関西ロールシャッハ研究会
第31回 ロールシャッハ講座 受講 申込書

2015年度

希望コース（〇で囲んで下さい）　**Aコース ・ Bコース ・ Cコース**

ふりがな			生年月日	
氏 名			年　月　日生（　歳）	男 ・ 女
□ 住 所	〒 TEL メール			
希望する連絡・資料送付先にチェックをつけてください				
□ 所 属	名 称			
	所在地	〒 TEL		
	職 種			
最終学歴				
臨床心理士資格	あり（登録番号　　）・ なし			
主な研修および臨床歴（ロールシャッハ法に関しては必ず記入してください）				
テキストの購入	『ロールシャッハ・スコアリング』	希望する ・ 希望しない		
	『ロールシャッハ検査法』	希望する ・ 希望しない		
	（購入希望の方は受講料と合わせて納入下さい）			
申込み経路（該当するものをチェックしてください）	□ DM(自宅)(所属　勤務先)　□ 掲示(所属　勤務先)　□ 紹介〔　〕 □ 日本ロールシャッハ学会HP　□ 都道府県臨士会HP			

※記載された情報は、当研究会の講座に関する目的以外には使用いたしません
※認定協会の条件を満たすことができれば，臨床心理士の継続研修のためのポイントになるように申請する予定です

申し込み先：関西ロールシャッハ研究会
〒565-0871　吹田市山田丘2-2　D3　大阪大学大学院医学系研究科　精神医学教室内
FAX 06-6877-7430　　メール fukunaga@psy.med.osaka-u.ac.jp