関西ロールシャッハ研究会
第32回 ロールシャッハ講座 受講 申込書

2016 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　□ その他			

※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

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