

**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(○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 |
| <input type="checkbox"/> 住所 | 〒 | | |
| 希望する連絡・資料送付先にチェックをつけてください | TEL メール | | |
| <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> DM(自宅)(所属 勤務先) <input type="checkbox"/> 掲示(所属 勤務先) <input type="checkbox"/> 紹介() <input type="checkbox"/> 日本ロールシャッハ学会HP <input type="checkbox"/> 都道府県臨床士会HP <input type="checkbox"/> 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