

**関西ロールシャッハ研究会
第33回 ロールシャッハ講座申込書**

2017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	〒	
	職 種	TEL	
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
 ※ 日本ロールシャッハ学会<http://jsrpm.jp/>研修会情報に33回講座のMS-Excel形式申込書が掲載されています

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