

研 修 申 込 書

| | | | |
|--|--|--|--|
| 講 座 名 | K式発達検査を用いた発達援助セミナー Stage3 | 希望コース | |
| ふりがな | | 男 ・ 女 | 19 年 月 日生 |
| 氏 名 | ⑩ | | 歳 |
| 住 所 | 〒 TEL () - | | |
| 勤 務 先 | 勤務先 住所〒 | 職名 TEL () - | |
| 連 絡 先 | できる限り日中連絡の とりやすい所に○印・ ご記入をお願いします。 自宅・勤務先・携帯電話 (- -) その他 (名前 TEL - -) | | |
| 職 業 | 職 業 分 野 | 1. 医療 2. 学校 3. 児童福祉 4. 高齢者福祉 5. 知的障害児・者福祉 6. 身体障害児・者福祉 7. 地域福祉 8. 公的扶助 9. その他 () | |
| | 職 種 | 1. 相談業務 (カウンセリング等) 2. 施設指導員 3. 保育士 4. OT 5. ST 6. PT 7. 医療・看護 8. 教育一般 9. 障害児教育 10. その他 () | |
| 学 歴 | 1. 大学院卒 2. 大卒 3. 短大卒 4. 専門学校卒 5. 高卒 6. 学生 7. その他 () | | |
| | 専 攻 | 1. 福祉 2. 心理 3. 教育 4. 保育 5. 医療・看護 6. その他 () | |
| センターとの 関 係 (該当するもの 全てに○をし てください。) | 1. 対人援助の基礎を学ぼう！講座 (援助技術基礎講座) 修了 2. SW課程修了 (訓練、治療教育、理論、スーパーヴィジョン、箱庭、訓練継続、自己覚知、社会福祉) 3. 家族療法課程修了 (通年、月例スーパーヴィジョン、自己覚知、短期ワークショップ) 4. わくわく遊び講座 5. 臨床心理士のためのワークショップ 6. K式講習会修了 (初級・中級) 7. 社会福祉士・社会福祉主事課程修了 8. その他 (特別プログラム、委託研修等) 9. 参加経験なし | | |
| 臨床心理士資格 | 有 ・ 無 | 登 録 番 号 | |
| 研修を知った経過 (該当するもの全 てに○をして ください。) | 1. 自宅に届いた研修プログラムで知った 2. 職場に届いた研修プログラムで知った 3. 知人に紹介された 4. インターネットで調べた 5. その他 () | | |
| 希 望・期 待 することなど | | | |
| 参 加 費 用 | 金額 | 円 | 送金済み・送金予定 (年 月 日) |
| 受講申込書に記載された情報は、講座の円滑な進行及び今後の研修案内の送付以外の目的 には使用しません。なお、案内の送付を希望されない場合は右の欄に印をつけて下さい。 | | 案内の送付を希望しません □ | |