

FAX 03-5394-3041宛

## ペアレントトレーニング ファシリテーター養成研修会 参加申込書

お名前 :		メールアドレス :
ご 自 宅	ご住所 : 〒	
	電話番号 :	FAX 番号 :
ご 勤 務 先	勤務先名 :	職種・資格名 (該当するもの全てに丸をつけてください)  臨床心理士 · 公認心理師 · 精神保健福祉士  社会福祉士 · 保育士 · 保健師 · 教師  その他 ( ) *具体的にご記入ください
	臨床歴 : 延べ _____ 年	
	住所 : 〒	
	電話番号 :	FAX 番号 :
ファシリテーター養成アドバンス研修 (8/2 開催) にオブザーバーとして参加を希望しますか  はい · いいえ		
実際にペアレントトレーニングを始める予定はありますか ?  ある · ない · すでに始めている		
ペアレントトレーニング開始予定 :  西暦 年 月頃から		