

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（ ） * <u>具体的にご記入ください</u> 臨床歴： <u>延べ</u> 年
	住所：〒		
	電話番号：		FAX 番号：
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 ※「すでに始めている」場合は、始めた時期をご記入ください。			