**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**

|  |  |
| --- | --- |
| **：** | **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：** |
| **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。** |
| **領収書について　＊宛名等、ご指定がある場合はご記入ください** |