日本EMDR学会入会申請書

申請日（西暦）　　　年　　月　　日

氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　　　生年：　　　　　　　　　　　年生まれ

フリガナ：　　　　　　　　　　　　　　　　性別：（どちらかに○をつける　男・女）

自宅住所：〒

フリガナ：

自宅電話：

自宅Fa x：

e-mail：」」」」」」」」」」」」」」」」」」」」」@」」」」」」」」」」」」」」」」」」」」」

勤務先名：

職　名：

職種（○をつける、複数可）：

医師　心理　看護　福祉　教育　研究　その他（　　　　　　）

勤務先住所：〒

フリガナ：

勤務先電話：

勤務先Fa x：

e-mail：」」」」」」」」」」」」」」」」」」」」」@」」」」」」」」」」」」」」」」」」」」」

希望連絡先：（どちらかに○をつける：自宅・勤務先）

名簿掲載住所、電話：（どちらかに○をつける：両方可・勤務先のみ・自宅のみ）

扱えるクライエント：（それぞれ○をつける、複数可）

対　象：子ども　思春期　成人　老年　女性問題（ﾌｪﾐﾆｽﾞﾑ）　夫婦開係

形　態：個人　家族　夫婦　小集団　大集団

疾　患：不安　うつ　PTSD　統合失調症　心身症　ADHD　学習障害　リハビリ

その他（　　　　　　　　　　　　　　）

教育・研究テーマ：（該当する方は、いくつかキーワードを上げて下さい）

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

治療者の紹介を依頼されることが多くなってきております。差し支えなければ
氏名・所属・所属連絡先・EMDRの研修歴（修了年）をHP上で公開します。

公開して（構わない・欲しくない）　※必ずどちらかに○をつけてください

日本語以外の流暢な言語：

メーリングリストへの入会を希望しない人はチェック　□

Part 1 修了（　　　年　　月　研修地　　　　　）

Part 2 修了（　　　年　　月　研修地　　　　　）

取得学位（　　　年　　　学士　　　大学　分野　　　　　　　　　）

（　　　年　　　修士　　　大学　分野　　　　　　　　　）

（　　　年　　　博士　　　大学　分野　　　　　　　　　）

資格（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）