EMDR トレーニング(Weekend 1 神戸)参加申込書

(すべての項目は楷書で、英文表記はブロック体でもれなく記入して下さい)

① 氏　　名	(フリガナ　　)		
② ①の英文表記			
③主たる所属機関名・部門・役職名			
④ ③の英文表記			
⑤資格(免許)・登録番号および資格発行機関・団体名			
⑥ ⑤の英文表記			
⑦住所(勤務先)	〒　　フリガナ		
	電話　　Fax		
	E-mail		
⑧住所(自宅)	〒　　フリガナ		
	電話　　Fax		
	E-mail		
⑨連絡先の希望	勤務先・ 自宅(○をつけて下さい)		
⑩最終学歴(学部・専攻を明記のこと)			
⑪心理・精神科臨床経験年数 ※1	年	⑫主たる心理・精神科臨床の機関名	
⑬指導者・推薦者名 ※2	(精神科医・臨床心理士・その他)		
⑭所属学会名 ⑮(その英文表記)			

年　月　日申し込み　　署名:

※1 臨床経験年数をお書きください。精神科医、心療内科医以外の医師の方については、精神科あるいは他の心理業務での経験年数をお書きください。

※2 注:必ずしも、EMDR 研修修了者である必要はありません。また、推薦者の署名が必要なわけではありません