

## 平成29年度 参加申込書（Cコース用）

- 1 ふりがな  
御氏名 \_\_\_\_\_
- 2 御勤務先 \_\_\_\_\_
- 3 御連絡先（ 勤務先 自宅 いずれかに○）
- （1）住 所 \_\_\_\_\_
- （2）電 話 \_\_\_\_\_
- （3）F A X \_\_\_\_\_
- （4）E-mail \_\_\_\_\_
- 4 矯正協会会員の別（いずれかに○）  
      **会 員 ・ 非会員**
- 5 臨床心理士資格（いずれかに○）  
      **あり（登録番号： \_\_\_\_\_ ） ・ なし**
- 6 **カウンセリング・心理療法の経験，資格（臨床心理士以外）など**

- 7 **御質問等**（講師に対する御質問等があれば，記載してください。記入欄が少ない場合は，別紙を添付していただいても結構です。）
- 

### 8 参加費の支払い方法について

参加費は，矯正協会会員の方12,000円，会員以外の方15,000円（全2回分・消費税込み）です。

10月27日（金）までに次の口座にお振り込み願います。（お手数料をおかけしますが，振込手数料は御負担ください。）

なお，見積書，請求書等が必要な場合は，当協会担当者（刑部）に御連絡ください。振込金受領証（振込人控え）をもって領収証に代えさせていただきますが，別途，当協会発行の領収書が御入用の方は，お申し出ください。

<口座>

三井住友銀行 東京公務部 普通 141108

加入者名：公益財団法人矯正協会 会長 藤本哲哉

### 9 講習会に関する問合せ先

〒165-0026 東京都中野区新井 3-37-2

電話：03-3319-0652 / FAX：03-3387-4454 / E-mail：bunka@kyousei.or.jp

担当者：小澤・刑部（おさかべ）