

関西森田療法研究会
入会申込書 兼 守秘義務の遵守に関する誓約書

関西森田療法研究会 代表殿

貴研究会の趣意に賛同し入会を申し込みます。 申込年月日(平成) 年 月 日

ふりがな		生年月日：昭和・平成	
氏名： ㊟		年 月 日(歳)	
		(男 ・ 女)	
職業	医師、看護師、作業療法士、社会福祉士、精神保健福祉士、臨床心理士、 介護支援専門員、教員、産業カウンセラー、 その他()		
連絡先	〒 住 所：		
	電 話：	FAX：	
	メールアドレス：		
勤務先	勤務先名：		
	〒 住 所：		
	電 話：	FAX：	
臨床経験年数：			
現在の主な臨床業務：(具体的に記入してください)			
森田療法セミナー参加：(有 ・ 無)			
森田療法関係の研究会、研修への参加：(有 ・ 無) 有の場合：()			
アンケート：等研究会で何を学びたいですか			

守秘義務の遵守に関する誓約書

関西森田療法研究会 代表殿

私は「関西森田療法研究会」の趣旨に賛同し、研究会内に開示された研究成果と関連する情報に対する
守秘義務を遵守し、如何なる方法をもってしても発表者の許可なくこれを開示、漏洩、使用しないことを誓約します。

平成 年 月 日

(署名)

㊟