

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申込みます。

申込年月日 年 月 日

ふりがな	生年月日 年 月 日		
氏名	(該当する方は☑をして下さい) □男 ・ □女		
職業	(該当する職業に☑をして下さい) □医師・□看護師・□作業療法士・□社会福祉士・□精神保健福祉士・□公認心理師・ □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 ()		
	公認心理師資格 (該当する方は☑をして下さい) □有り (登録番号) □無し	臨床心理士資格 (該当する方は☑をして下さい) □有り (登録番号) □無し	
	産業カウンセラー資格 (該当する方は☑をして下さい) □産業カウンセラー (登録番号) □シニア産業カウンセラー (登録番号)		
連絡先	住所 〒	電話	FAX
勤務先	勤務先： 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)			
森田療法の研修会・研究会への参加 (□有・□無)			
有の場合 ()			
アンケート	1, 何のために学びますか? イ：臨床のため □：資格取得等勉強のため ハ：その他 ()		
	2, 当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、研究会内で開示された事例や研究成果に関する情報に対して、守秘義務を遵守し、如何なる方法をもってして発表者の許可なく、開示、漏洩、使用しないことを誓います。

令和 年 月 日

(署名)