**【催眠技法研修会　参加申込書】**

研修会申込書

**日本催眠医学心理学会第60回・日本臨床催眠学会第16回合同大会事務局**

**〒141-8602 東京都品川区大崎4-2-16立正大学心理学部 田村英恵研究室**

**日本催眠医学心理学会第60回・日本臨床催眠学会第16回合同大会事務局 宛**

**ファックス番号　03-5487-3274　　Eメール： jsh60jsch16＠gmail.com**

**-------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**フリガナ（必ず）**

**氏　名**

**所属先**

**職　種　　　　　　　　　　　　　　　（経験年数　　　年）**

**Eメールアドレス(-ハイフンと\_アンダーバーの区別を明確に)**

**連絡先住所：〒**

**電話番号（あればＦａｘ番号も）**

**Tel.　　　　　　　　　　　　　　　　　Fax.**

**希望研修コース　　いずれかに◯をつけてください**

**（　１.初級基礎　２.中級　３.上級実践　４.指導者研修機会 → (初級・中級・上級)）**

**※非会員の参加希望者は、以下の項目をご記入ください（初級基礎コースのみ受講可能）。**

**推薦者がいれば明記（いずれかの学会員）：**

**近接領域の業務に従事している場合、最終学歴と専攻を明記：**

**参加費　　いずれかに◯をつけてください（各コース共通）**

**１.会員（15,000円）　　２.非会員（18,000円）　　３.大学院生（12,000円）**

**※大学院生の場合は、受付にて学生証の提示を求めます。**

研修会申込書

**会員・資格等**

**・日本催眠医学心理学会 会員で（ある・ない）→(会員の場合は、会員番号：　　　　　　)**

**・日本臨床催眠学会 会員で（ある・ない）→(会員の場合は、会員番号：　　　　　　)**

**※両学会に所属する場合、どちらの研修修了証を希望しますか、いずれかに一つに◯をつけてください。**

**（　１.日本催眠医学心理学会　　２.日本臨床催眠学会　）**

**※以下の資格･専門医には、研修ポイントが与えられます。登録番号をご記入ください。**

**臨床心理士であれば登録番号（　　　　　　　）**

**日本精神神経学会･専門医であれば会員番号（　　　　　　　）**

**日本心身医学会･専門医であれば会員番号（　　　　　　　）**

**経験の有無**

**・催眠研修の経験の有無（ 有・無 ）　“有”の場合はその簡単な内容(講師名もわかれば)：**

**・催眠臨床の経験の有無（ 有・無 ）　“有”の場合はその簡単な分野と内容：**

**・催眠に関する実証研究(実験、調査、臨床実践)の経験の有無（ 有・無 ）**

**“有”の場合はその分野と簡単な内容：**

**領収書の発行**

１.**希望しない　　　２.希望する→　宛名**