

# 2017 力動精神医学・サイコドラマセミナー参加申し込み用紙

近森病院総合心療センター作業療法室内 担当者 山内

FAX : 088-871-7424  
E-mail: sinryo.ot@chikamori.com

- ◆ 申し込みはFAXまたはメールにてお願いいたします。
- ◆ 一人一枚でお願いします。
- 不足分につきましてはコピーしてご使用ください。
- ◆ 優先される連絡先をご記入ください。
- ◆ キャンセル時にキャンセル料が発生することがあります。
- ◆ ご希望のセミナーにチェックを入れてください。

2017 力動精神医学セミナー(1コマ3500円)

1 <input type="checkbox"/>	6月16日(金)
2 <input type="checkbox"/>	6月17日(土)
3 <input type="checkbox"/>	10月27日(金)
4 <input type="checkbox"/>	10月28日(土)
5 <input type="checkbox"/>	12月1日(金)
6 <input type="checkbox"/>	12月2日(土)
7 <input type="checkbox"/>	2月23日(金)
8 <input type="checkbox"/>	2月24日(土)

2017 高知サイコドラマセミナー(2日間9000円)

A <input type="checkbox"/>	6月17日(土)
6月分	6月18日(日)
B <input type="checkbox"/>	10月28日(土)
10月分	10月29日(日)
C <input type="checkbox"/>	12月2日(土)
12月分	12月3日(日)
D <input type="checkbox"/>	2月24日(土)
2月分	2月25日(日)

金曜 18:00~21:00

土曜 14:00~21:00

土曜 8:50~12:00

日曜 9:00~14:30

フリガナ	
氏名	
所属	所属機関: 部署: 職種:
連絡先	住所 〒( ) 自宅・勤務先 TEL FAX Mail
領収書	希望する( ) ・希望しない( ) 希望される宛名 * ない場合はお名前でおだしいたします。
備考	

