

《お申込み方法》

お申込みは郵送・FAX・メールで受け付けます。必要事項に記載漏れがないようご注意ください。定員になり次第締め切りとさせていただきます。希望者が多い場合は、日本精神分析学会員・学会入会希望者、事例報告希望者が優先されることをご了承下さい。締め切りは3月末日。受諾の可否・受講料銀行振込方法・参考文献・Zoomによる受講方法等につきましては、仮受諾返信メールにてご連絡させていただきます。

事務局 〒 446-0031 愛知県安城市朝日町 2-1 Tel;0566-77-5677 FAX;0566-77-5412

E-mail;koizumi0@amber.plala.or.jp

※日本臨床心理士資格認定協会の研修証明は基準に基づいて申請します。シニア欠席者への講義録音テープは事務局内でのみ貸出可です。

< 申込書 >

複写可

第34期東海・中部精神分析セミナー事務局御中

20 年 月 日

氏名(年齢) ( 歳)

勤務先

職種・業種

連絡先住所 〒 -

メールアドレス

Fax

携帯電話

※悪天時あるいは講師の都合など、急な対応に備えるためにお知らせ下さい。

※ビデオ会議システム「Zoom」による受講をご希望の場合、必ず記入して下さい。

※受講者に配布する名簿等は作成しません。

日本精神分析学会の会員 会員・非会員(入会する予定が 有・無 )

日本精神分析学会認定 精神療法医・心理療法士・スーパーバイザー (将来的に審査希望 有・無 )

臨床心理士資格の有無 ( 有・無 ) (臨床心理士番号; )

第32期希望コース名等 ※ご希望のコース等の□にレ印を入れて下さい。

※シニア・ジュニア両コース希望の方は両方にレ印を入れて下さい。

1、シニア・コース

事例(症例)報告希望 有 無

希望月日

仮題

2、ジュニア・コース

初回面接の事例(症例)報告希望 有 無 希望月日

※精神分析的に施行した面接であることを問いません。

3、スーパーバイザー・ミーティングへの参加

4、訓練スタッフの活用

5、個人スーパービジョン・個人分析等のマネジメント

臨床歴・研修歴（最終学歴、セミナー・スーパービジョン・教育分析、大学院等での卒後研修、その他）