

< 申込書 >

複写可

第 39 期東海・中部精神分析セミナー事務局御中

202 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

※災害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。個人情報厳密に管理します。

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 39 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、訓練スタッフ制度の活用

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）