西日本心理劇学会2015年度夏季ワークショップin沖縄

参加申込書

**夏季ワークショップ（沖縄）準備委員会**

**（琉球大学保健管理センター　古川研究室内）**

**FAX：098－895－8148　E-mail：furukawa@lab.u-ryukyu.ac.jp**

2015年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ  氏　名 |  |
| 所　属 |  |
| 職　種 | 臨床心理士の方は臨床心理士番号をご記入ください（No.　　　　　　　） |
| 会　員 | 西日本心理劇学会　（　会員　　非会員　） |
| 連絡先 | **〒**  TEL:  e-mail: |
| 参加希望  コース | □A監督養成コース　□初級・中級コース  □Cチャレンジコース（12日のみ）  ※希望するコースの□にレ印をご記入下さい。  （希望人数により調整する場合がありますのでご了承ください。）  **＜監督養成コースを希望する方＞**  今回のワークショップで監督体験を（　希望する　希望しない　） |
| 心理劇の経験 | 心理劇経験　　　　　年  西日本心理劇学会主催の学会大会，研修会の参加： 無 ・ １,２回 ・ ３回以上 |
| 懇親会  (情報交換会) | （参加費3,000円）  参加する ・ 参加しない |