

共催：国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

武蔵野大学



7/24 PE エキスパート・カンファレンス

FAX お申込書

送付先 武蔵野大学 生涯学習事業課 FAX：042-468-3211

申込日：令和 元年 月 日

(ふりがな)

1. 氏名：

2. 所属：

3. 職種：

臨床心理士登録番号をお持ちの方は番号をお書きください（ ）

4. 連絡先： 勤務先 ・ ご自宅 (どちらのご住所か○を付けてください)

① 住所：〒

② 電話番号：

③ FAX：

④ メールアドレス：

5. 心理・精神科医等での臨床経験年数： 年

6. 保有しているPEに関する資格（PE therapist 認定 等）：

7. ケース実践経験数： 回

8. ご紹介者名（この講習会へのご参加にあたり、ご紹介者がいらっしゃいましたらご記入ください）

9. 7/23 の懇親会の参加について： 参加 / 不参加 ○印をお付けください。

.....

通信欄