


# 研修申込書

やまき心理臨床オフィス長崎ルーム宛て

申込年月日 令和 年 月 日

団体名			
所在地	〒		
電話番号		FAX番号	
研修について	希望日時	第一希望 令和 年 月 日( ) 時間: ~	第二希望 令和 年 月 日( ) 時間: ~
	開催方法 (○をつけてください)	オンライン/対面 (対面の場合の開催場所: )	
	聴講者数 (見込数で可)		
	連絡担当者	氏名: メールアドレス:	
	希望する内容 (テーマ、進め方など)		
	講師希望 ( <input type="checkbox"/> をチェック)	<input type="checkbox"/> 法澤 直子 <input type="checkbox"/> 田中 惇恵 <input type="checkbox"/> 応戸 絵奈 <input type="checkbox"/> 吉岡 朋実	<input type="checkbox"/> 高木 梨衣 <input type="checkbox"/> 疋田 琳 <input type="checkbox"/> 久持 修 <input type="checkbox"/> 講師の指定なし
	注意事項	・本申込書に必要事項を記入し、mail 添付または FAX にて送付をお願いします。 ・後日、当オフィスより確認のご連絡をさせていただきます。 ・開催希望日の1~2 か月前にお申し込みください。	
	 やまき心理臨床オフィス 長崎ルーム 所在地 〒850-0831 長崎市鍛冶屋町6-5 光風堂ビル7B-1 電話・FAX 095(893)8089 Mail: housawa@yamakioffice-nagasaki.com		