| ２０１７年度 | ＡＦＣ研修申込書 | No. |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 講座名 | | | |
| ふりがな<br>氏　名 | | 男<br>歳<br>女 | （○印で囲んでください）<br>・AFC 正会員　・学生<br>・一般 |
| 住　所 | 〒<br>TEL<br>FAX<br>E-mail | | |
| 所　属<br>（職場又は学校） | 勤務先<br>（学校） | | |
| | 住　所 | 〒<br>TEL<br>FAX | |
| | 職　種 | | 経験年数 |
| 専門分野 | 1.心理　2.福祉　3.教育　4.医療・看護　5.保育<br>6.その他（　　） | | |
| 資　格 | | | |
| ご希望や<br>連絡事項<br>など | 【「発達の視点を味わう」（基礎・事例編）お申し込みの方は、以下の２点にお答えください】<br>1.WISC/WAIS との関わり（　検査者として　／　ケースにおいて　／未経験　／<br>その他：　　）<br>2.検査の経験…　WISCⅢ：　　ケース ／ WISCⅣ：　　ケース ／ WAIS：　　ケース<br>※経験年数での回答でも構いません。<br><br>【以下の講座をお申込みの方へ：ケースの事例提出について】<br>（発達の視点を味わう、ロールシャッハ・テスト、バウム・テスト、グループ・スーパーヴィジョン）<br>□提出希望（講座名　　）<br><br>【その他のご希望・ご連絡】 | | |
| 受講料 | 年　月　日　　円　送金します | | |

郵便振替　01070-9-40788　公益社団法人　葵橋ファミリー・クリニック
〒602-8011　京都市上京区烏丸通下立売上ル桜鶴円町 376
TEL: 075-431-9150　FAX: 075-431-9158　MAIL: afc.kenshu@honey.ocn.ne.jp