

カウンセリング基礎講座 ・ カウンセリング発展講座 ・ 臨床心理学講座

初級カウンセラー資格試験 ・ 中級カウンセラー資格試験

(希望の講座あるいは試験を○で囲んでください)

申 込 書( 年 度 )

年 月 日

フリガナ	-----
氏 名	( 男 ・ 女 )
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 ( 才 )
ご 自 宅 住 所	〒 - tel. ( ) - fax. ( ) -
勤 務 先 住 所	〒 - tel. ( ) - fax. ( ) -
ご 職 業	
講 座 参 加 の 動 機 (できるだけ 詳しくお書き 下さい)	

【送付先】 できましたらファックスでお送り下さい。送信後お電話頂けますと助かります。

〒892-0875 鹿児島市川上町680-3 協同の組織 “むぎのめ”

講座担当 和田

☎ 099 (244) 8201

fax. 099 (244) 8370