

メンタルケア学会 2017 年前期 研修申込書

<お申込は FAX でお願いいたします。03-5326-7786>

WEB サイトの講座詳細の内容に同意し以下の通り申し込みます。

カウンセリング演習 I (東京 2017 年 5 月) 【 3 ポイント 】	
フリガナ 氏名	会員は会員番号 資格取得者は資格番号 No : _____
受講料	<input type="checkbox"/> 正会員 30,000 円 <input type="checkbox"/> 準会員 32,000 円 <input type="checkbox"/> 資格取得者 34,000 円
連絡先	〒 _____ TEL : _____ fax : _____ E-mail : (PC または文字数制限の無い携帯アドレス) _____ ※ (必須) 申込み受理のご連絡をメールで致します。
開催日	2017 年 5 月 20 日 (土) 13:30-15:00、15:15-16:45、17:00-18:30 2017 年 5 月 21 日 (日) 13:30-15:00、15:15-16:45、17:00-18:30
<個人情報の利用目的について> 取得した個人情報は、学会主催の各講習会等のご案内、アンケート・調査の依頼、お問い合わせに対する回答等を行うために必要な範囲で利用させていただくことがあります。なお、会員の方は、学会プライバシーポリシーに準じます。	

受講料振込み明細貼付欄

※振込明細 (コピー可) 貼付願います。入金確認をもって申し込み完了となります。

【振込先】 口座名義：メンタルケア学会

銀行振込 福岡銀行 稲築 (イナツキ) 支店 普通口座 口座番号 1 2 3 4 8 8 5

郵便振替 口座番号 0 1 7 2 0 - 9 - 1 4 9 6 3 0

【注意事項】

- ・ ※1 リピート割引とは、本講座を 1 度受講した受講者を対象とします。申込時に修了時に受領したポイント証明証を添付し申し込みください。
- ・ 領収書につきましては、お振替時の「振替明細」をもって代えさせていただきます。
- ・ 一旦お振込みいただいた受講料は返却いたしかねます。
- ・ 本講座は最低開講人数を定めております。開講人数に満たない場合は中止とする場合がございます。当学会都合による講座中止の場合は受講料を返金いたしますが、お客様に発生する不利益 (研修参加に伴う交通費・宿泊費等) に関しましては当学会では責任を負いかねますので予めご了承ください。

【会場案内】

東京都新宿区西新宿 3-2-27 オーチャー第7ビル4F

