

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)

No.

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】

〒892-0875 鹿児島市川上町680-3 福祉生活協同組合むぎのめ 講座申込係
封筒に「カウンセリング講座申込書在中」とご記入下さい

【連絡先】

麦の芽福祉会 本部 ☎ 099 (244) 8201 fax. 099 (244) 8370

ファックスでも構いませんが、送信後は確認の意味でお電話頂けますと助かります。