

スーパーバイザー派遣申込用紙

平成 年 月 日

日本精神分析的
精神医学会
教育研修委員会 殿

申込責任者	
所 属	

以下のとおり、スーパーバイザー派遣を申し込みいたします。

1. グループ名称			
2. 希望コース(希望に○)	A (単発) ()	B (年間3回) ()	C (年間6回) ()
3. 希望時期、曜日、時間帯 (可能な範囲で、広めにお申し出下さい)	希望の時期 :		
	希望の曜日 :		
	希望時間帯 :		
	時間に関するその他の希望 :		
4. 会場名・住所 (申込責任者が確保)	会場名		
	住所 〒		
5. 参加予定学会員氏名 (全員)			
6. 参加予定者数 (3名以上)	名		
7. 派遣希望 スーパーバイザー氏名			
8. 申込責任者連絡・問合先	住所 〒		
	電 話		F A X
	E-mail		
9. 会場への交通手段 (含む、料金・時間)を最寄駅から記載			
10. そ の 他	※特記事項があればご記入ください。		

(送付先) JAAPP事務局東京支部 (jaapptkyjim@nifty.com)

日本精神分析的
精神医学会(JAAPP)
教 育 研 修 委 員 会