**≪申込方法≫**

　下記申込書に，必要事項をご記入のうえ，9月28日（金）までに，E-mailまたはFAX，郵送のいずれかでお申し込みください。お申込み確認後，参加受理通知をE-mail ①アドレス宛にお送りします。

　参加費は，参加受理通知でのご連絡をご確認のうえ，下記口座へお振込みください。お振込みの控えは確認のため必要になる場合がありますので，当日まで大切に保管してください。なお，自己都合による取り消しの場合は，一度お振込みいただいた参加費の返金はできませんのでご了承ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 　◎ 申込先 | E-mail：psyinfo@hokusho-u.ac.jp FAX：011-387-4787郵送：〒069-8511　江別市文京台23番地北翔大学大学院　臨床心理センター |
| 　◎ 申込締め切り | **平成30年9月28日（金）必着** |
| 　◎ 参加費 | 1,000円 |
| 　◎ 振込先 | ※ 必ず，参加受理通知確認後にお振込みください。通常払込み（ゆうちょ銀行・郵便局）　口座記号番号　02750－1－224 口座加入者名　北翔大学会計課　通信欄に「北翔大学大学院　臨床心理センター」とご記入ください。 |
| 　◎ お問い合わせ | 北翔大学大学院　臨床心理センター　担当：前田 |

 TEL：011-387-4317（直通） FAX：011-387-4787

E-mail：psyinfo@hokusho-u.ac.jp

【太枠内をご記入ください】 年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 年　齢 | 性別（〇印） |
| 氏　名 |  | 　　　　　歳 | 男　・　女 |
| 自宅住所 | 〒 |
| 所属・勤務先 |  |
| 学年・職種 |  |
| 連絡先 | 電話番号 | **－　　　　　　　－** | □ 自宅　□ 携帯　□ 職場 |
| FAX | **－　　　　　　　－** | □ 自宅　　□ 職場 |
| E-mail（通知は①，もしくはFAXへ送信します） | E-mail　① |  |
| E-mail　② |  |

**※ご記入いただいた個人情報は，本センターからの連絡の業務以外には使用いたしません。**