

心療回想士認定 回想療法 通信講座 受講申込書

月 日

・氏 名：	ふりがな：
・生年月日：	年 月 日 満年齢 歳
・性 別：	男 女
・住 所：	〒
・お仕事：	
・電話番号：	・ファックス番号：
・メールアドレス：	
・出身学校：	
・郵便振替予定日：	____月 ____日 金額_____円
・入金金・授業料・認定料の振込先	
	郵便振替 00190-3-0427891 口座名 日本回想療法学会
・ご意見など：	
・事務局使用欄：	通信教育費用・教材送付・紹介者
	