**コラージュ療法材料シート集　購入希望用紙**

記入日：　　　　　年　　　　月　　　　日

1．：　　　　　　　　　　　　　　　　　　【　　男　・　女　　】

2．所属：

3．資格（該当するものに✓を付けてください）

臨床心理士　　　公認心理師　　　教員　　　保育士・幼稚園教諭

その他（　　　　 　　 ）　 なし

4．活動領域（複数回答可・該当するものに✓を付けてください）

教育分野　　　医療・保健分野　　　福祉分野　　　司法・矯正分野

労働・産業分野　　　大学院生として研修中　　　 研究　　　その他（　　　　　　　　　）

5．臨床経験（該当するものに✓を付けてください）

大学院生　　　 1～5年以内　　　 6～10年以内　　　 11年以上

6．連絡先

　連絡先：　勤務先　・　自宅　（どちらかに✓を付けてください）

　〒　　　　　－

　　　　　　　　都・道・府・県　　　　　　　　　　　市・区・町・村

Tel：　　　　　　　　　　　　　　　　Fax：

Email：

7．購入希望部数：　　　　　　部　×　500円　＝　　　　　　　　　円（送料を含む）

8．使用目的（該当するものに✓を付けてください）

臨床場面　　　研究　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）

9．今後，コラージュ療法研究会，学会の案内を希望しますか。

希望する　　　　希望しない

本用紙の送付先

コラージュ療法材料集普及会　collage.fukyu@gmail.com

〒463-8521　名古屋市守山区大森2丁目1723番地　今村研究室内

2回目以降の購入につきましては，本用紙の送付は必要ありません。