**コラージュ療法材料シート集　購入希望用紙**

**大学生・大学院生用**

記入日：　　　　　年　　　　月　　　　日

1．：　　　　　　　　　　　　　　　【[ ] 男　・[ ] 女　】

2．大学名：　　　　　　　　　　　　　　　大学・大学院

　　　　　　　　　　　　　　　学部・研究科　　　　　　　　年

3．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（　　　　　　　　　　　　　　　　）

研究目的の場合，タイトルをご記入ください。

（仮のタイトルでかまいません。未定の場合には未定とご記入ください。）

4．送付先

　〒　　　　　－

　　　　　　　　都・道・府・県　　　　　　　　　　　市・区・町・村

Tel：　　　　　　　　　　　　　　　　Fax：

Email：（大学）

　　　 （個人）

　　＊大学アドレスと個人アドレスどちらもご入力ください。大学アドレスは身分証明のため、

個人アドレスは学会等の案内をお送りするために使用いたします。

5．太枠内をご入力ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 単価 | 部数 | 小計 |
| コラージュ療法基本材料シート集 | 400円 |  | 円 |
| 送料（※） |  | 円 |
|  | 合計 | 円 |

※1～5部：430円，6～10部：860円，11部～40部：1,000円，41部以上：無料

6．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

できるだけ，大学から発行されているアドレスからメール添付で送信してください。

　　　送信先：collage.fukyu@gmail.com

　　　郵送の場合：〒463-8521

名古屋市守山区大森2丁目1723番地　今村研究室内　コラージュ療法材料集普及会

　　　2回目以降の購入につきましては，メールでの購入希望連絡のみで構いません。