**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．購入希望部数：　　　　　　部　×　400円　＝　　　　　　　　　円（送料を含む）

　　　　　　　　＊5部以上でお申し込みください。

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。