**４/１３ 新井先生研修会＜申し込み＞**

|  |
| --- |
| ふりがな |
| 氏名： |
| 住所：〒 |
| 電話番号（携帯）： |
| 【必須】Email： （□に✔）**□会場参加 □オンライン参加** |
| 所属学会・資格（□に✔）  □**日本カウンセリング学会長野県支部会員 □日本カウンセリング学会会員**  □**日本SC 推進協所属団体会員 □長野県ガイダンスカウンセラー会員**  □**資格（□ガイダンスカウンセラー □学校カウンセラー □学校心理士 □キャリア・カウンセラー**  **□教育カウンセラー □カウンセリング心理士 □臨床発達心理士 □公認心理師）**  □**一般（その他所属学会・資格をご記入ください ）** |