|  |
| --- |
| **Fax送信先：０６－６３５８－０３３９** |

日豪のダイバージョナルセラピー協会協同認定による

第１5期　「ダイバージョナルセラピーワーカー養成講座」

**申　　込　　書**

記入年月日：　2018年　　月　　日

ふりがな

氏　名

会員の方は会員番号をご記入ください【　　　　　】

連絡のとれる電話およびＦａｘ番号　：　□自宅　　□職場　　□携帯電話

電話　　　　－　　　－　　　　　ＦＡＸ　　　　－　　　－

E-Mail

自宅住所　：　〒

電話　　　　－　　　－　　　　　ＦＡＸ　　　　－　　　－

勤務先名　：

勤務先住所：　〒

電話　　　　－　　　－　　　　　ＦＡＸ　　　　－　　　－

職種・資格など

**【お申し込み方法】**まずは上記にご記入の上、Faxまたは郵送で当協会までお送りください。

折り返し、受領のご連絡(Faxまたは電話)をさせていただきます。その後、**7月31日までに下記の**

**郵便振替口座にお払い込みください。**ご入金を確認次第、**｢受講票｣**を送付いたします。恐縮ですが、

手数料払込者負担の用紙(青色印刷)にてよろしくお願い致します。申し込みに先立って入会を希望される方はご一報ください。複数でお申し込みの場合は用紙をコピーの上、１人1枚でご提出ください。

**郵便振替･口座番号**　**００９８０－７－４４２３５**

**加 入 者**　**日本ダイバージョナルセラピー協会**

※通信欄に**「第14期 ＤＴＷ養成講座受講料」**とご記入ください。

NPO法人**日本ダイバージョナルセラピー協会**

〒530-0037 大阪市北区松ヶ枝町6-17-702

**電話06-6358-0772**

**Fax 06-6358-0339**