## 申 込 要 領

◆ **申込方法**　**ホームページから直接お申込みいただけます。**☞ URL：https://www.my-kokoro.jp/
または、下記申込書（お一人につき1枚）に必要事項をご記入のうえ、FAX・郵便・E-mail（※注1）にてお送りください。
（未記入・不備がある場合受付が遅くなることがありますので、もれなくご記入願います。）
※注1 申込書をホームページよりダウンロードし、E-mail に添付してご送信ください。

◆ **申 込 先**　**明治安田こころの健康財団 講座係**　FAX：03−3590−7705　**（番号をご確認のうえ送信願います）**
**（照会先）**　**〒171-0033 東京都豊島区高田 3-19-10**　E-mail：moushikomi@my-kokoro.jp（電話番号は表面に記載）

◆ **受 講 料**　**8,500 円（税込み）**

◆ **送金方法**　お申込みと同時に受講料を下記口座へご送金ください。（送金手数料は各自でご負担願います）

① 郵便局ご利用の場合：郵便振替口座番号　00150−0−54210　　加入者名（財）明治安田こころの健康財団
② 銀行ご利用の場合：みずほ銀行高田馬場支店 普通預金 №2438573　口座名義人（財）明治安田こころの健康財団

■ 申込書の到着および受講料の着金をもって正規の受付とします。
■ 送金者が受講者と異なる場合や2名分以上まとめてご送金の場合は、郵便振替用紙の通信欄に受講者名を明記願います。
銀行振込の場合は、下記申込書の通信欄にその旨ご記入ください。
■ 送金控えは講座が終了するまで大切に保管願います。

## 受講可否のお知らせ等について

■ 定員になるまで先着順に受付し、開講1ヶ月前をめどに「受講証」をお送りしますが、それまでは特に連絡はいたしません。
ただし、不備等がある場合や締切り後のお申込みの場合は、直ちに連絡いたします。
■ 締切り後に送金された受講料は、着金確認後、返金させていただきます。
■ 代理受講および受講証送付後の受講者の変更はできません。
◎ 申込み取消しによる受講料の返金は、開講日の8日前までにお申出の場合、講座ごとに手数料（1,000 円）を控除して返金いたします。それ以降のお申出の場合は返金できませんので、ご了承願います。
■ 申込みを取消される場合は、受講料ご送金前でもその旨をご連絡ください。

**＊ご提供いただいた情報は研修講座に関してのみ使用させていただきます。**
**なお、今後の講座案内を個人宛に送付ご希望の場合、申込書の該当欄に「希望する」旨表示願います。**

| コード表 | | |
|---|---|---|
| | **職 種 等**（「その他」の方はよろしければ通信欄に具体的にご記入ください） | 01 保育士　02 教諭　03 養護教諭　04 教員　05 医師　06 看護師　07 保健師　08 心理・相談　09 療法士<br>10 PSW　11 SW　12 指導員　13 司法　14 学生　16 大学院生　17 介護　18 助産師　99 その他（　　） |
| | **申込経路**（この講座を何でお知りになりましたか） | 01 個人宛 DM　02 職場案内　03 紹介　05 他セミナー　06 共催・後援団体　07 ホームページ<br>08 新聞　09 相談センター　10 E-mail　99 その他 |

キ リ ト リ 線

SI

## 発達障害・専門講座 10「レジリエンスを支える臨床知の継承」 申込書

（講座№26210）

【太枠内は必ずご記入ください】　　年　月　日

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | | 性別（○印） | | 登録 No.（初めての場合は不要） | 財団使用欄 | |
| 氏　名 | | | | 男 | | D | |
| | | | | 女 | | | |
| **受講証等送付先（登録先）**：自宅・勤務先いずれかをご指定ください | ※○印をつけてください | 〒 | | ↓住所が勤務先の場合は必ず会社・団体名、部署名もご記入ください | | | |
| | 住所 | | 自　宅 | | | | |
| | | | 勤務先 | | | | |
| **連絡先**：日中に必ずご連絡ができる複数の方法をご記入ください | 電話番号 | | 自　宅 | | ⇩ 受講証送付先を自宅にされ連絡先に勤務先の電話・FAX をご記入の時は必ず会社・団体名、部署名等をご記入ください | | |
| | | | 勤務先 | | | | |
| | FAX | | 自　宅 | | 団体名、部署名等 | | |
| | | | 勤務先 | | | | |
| | 携帯電話 | | | E-mail | | | |
| ■本講座の関係者（講師、共催団体等）に氏名・性別・職種・住所（市区町村まで）・勤務先の情報提供をご承諾ください | | ○印をつけてください → | | 承諾する | 臨床心理士資格（いずれかに○印） → | | 有 |
| | | ※ご承諾いただけない場合は受付できません | | | | | 無 |
| 上記『コード表』の中から該当するコードを1つ選び、それぞれご記入ください ⇒ | | 職 種 等 | | | 申込経路 | | |
| 送金日(予定日) | 年 | 月 | 日 | 送金額 | 円 | | |
| ＊個人宛講座案内について、いずれかに○印をつけてください ⇒ | | 1.E-mail で希望する | | 2.DM で希望する | | 3.個人宛は不要 | |
| 連絡先をご自宅に指定された方は、差し支えなければ勤務先をご記入ください ⇒ | | | | | | | |
| 入金確認のため差し支えなければ、どちらから送金されたかご記入ください | 銀 行 送 金 | | | | 郵 便 局 送 金 | | |
| | 銀行 | | 支店 | | 郵便局 | | |
| 通信欄 | | | | | | | |