

日本アドラー心理学会後援名義使用承認申請書

年 月 日

日本アドラー心理学会会長 あて

申請者名 _____

申請団体名 _____

日本アドラー心理学会の後援名義使用の承認を次の通り申請します。

行 事 名	
行事の内容	※テーマ・講演・講座・ワーク・勉強会の内容などをご記載ください。
開 催 地	
開催日時 時間数・枠数	_____年 月 日 時 分 ~ _____年 月 日 時 分 合計(実質) _____時間 _____枠 ※2.5時間以上を(午前・午後・夜間の)1枠として全日程の枠数を明記してください。
講 師 名	<input type="checkbox"/> 心理療法士 <input type="checkbox"/> カウンセラー <input type="checkbox"/> 家族コンサルタント <input type="checkbox"/> EOLECT ファシリテーター ※学会認定の有資格者に限ります。講師が複数の場合、メイン講師にポイント発行いたします。
主催団体名	※主催団体が複数ある場合は、すべて記載してください。
参加対象者	
主催者・世話人 連絡先	氏 名 _____ 住 所 _____ TEL : _____ FAX : _____ E-mail _____
添付書類	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※案内チラシ等をメール添付、FAX、郵便(後日可)でお送りください。
案内掲載サイト	URL : _____
有資格者参加予想人数	_____名 ※申請時または開催7日前までにお知らせください。
資格更新研修参加証 発送方法	<input type="checkbox"/> 郵送(有資格者人数分) <input type="checkbox"/> メール送信(PDFデータ)

- ・遡及の取り扱いはできませんので、開催7日前までに申請をお願いします。
- ・申請承認後、案内チラシ等には『日本アドラー心理学会後援』と記載してください。
- ・送り先 日本アドラー心理学会事務局 〒113-0001 東京都文京区白山 1-13-7 アクア白山ビル 5F
FAX:03-3816-1561 E-mail : adler-office@shobix.co.jp