PAS（パス）心理教育研究所

プログラム申込書＜専門家向け＞

記入：　　年　　月　　日

希望のプログラム	（コース NO. コース名をご記入ください。複数記入可）			
フリガナ 氏名	印	生年月日	年　　月　　日 （　　歳）	男・女
現住所	〒 TEL：（　　）　　― E-mail：			
所属先	名称			
	所属・職種 （学年）	（勤務年数　　年）		
	所在地	〒 TEL（　　）　　―		
最終学歴 取得資格				
関心	プログラム参加の動機・期待・関心、など			

本プログラムはどのようにしてお知りになりましたか。
ホームページ／送付された案内／紹介（紹介者：　　）／その他（　　）

連絡先／連絡方法に関する希望などがあればお書きください。

※分割支払いご希望の方※
分割支払いをご希望の方は、ご希望の回数に〇をつけてください。

２回　・　３回　・　４回

後日、支払い期限・金額を記載した「分割支払いのご案内」を研究所よりお送りいたします。

PAS 心理教育研究所

〒153－0041　東京都目黒区駒場２－８－９

電話・ファックス 03－6407－8201（月曜日～金曜日　午後２時～６時）