

日本医療催眠学会 入会申込書



ホームページ : http://japan-mha.com/nyuukai_form.html 学会入会申し込みフォーム

郵送先住所 : 〒225-0002 横浜市青葉区美しが丘2-18-9 ニューライフビル202

イーハトーヴクリニック内 日本医療催眠学会 事務局 宛て

FAX送信先 : 045-482-7620

申込日 年 月 日

フリガナ				ご職業		
氏名						
生年月日	西暦	年	月	日	性別	男 女
フリガナ						
自宅住所	〒	都道		府県		
T E L			携帯電話			
F A X			Eメール			
フリガナ						
ご紹介者様						
ご入会理由						
催眠セッションの体験の有無						
A) 個人セッションによる被験の有無 B) 集団セッションによる被験の有無 C) CD等による催眠体験の有無 D) その他の方法による催眠体験の有無						
催眠の勉強の有無	催眠について勉強した事がある方は受講歴・資格を記入ください					
ある・ない						
催眠以外の受講歴と資格がありましたら下にお書きください。 ※「受講された団体名」・「取得された資格」・「取得年」もご記入ください。						
催眠関係で他の所属学会・研究会等がございましたら、下にご記入ください。						
催眠関係以外の所属学会・研究会等がございましたら、下にご記入ください。						
「日本医療催眠学会 会則」に同意頂いた証として、下にご署名をお願いします						
ご署名	_____					