

申込日 2022年 月 日

吃音症サイコドラマ申込書

フリガナ			
氏名			
性別		生年月日	
電話番号		携帯番号	
メールアドレス			
フリガナ			
勤務先			
サイコドラマの経験			
備考			

治療等の発展に有益であると思われる調査、研究、学会等の発表に使用することに同意します。（情報は個人が特定されない情報に変換し処理されます）。

参加に際して身体的・心理的な負荷がかかる可能性があることに同意します。

※当日は初回のみ開始前に心理検査等行いますので30分前にお越しください。

《連絡先》

さっぽろ駅前クリニック北海道リワークプラザ

電話：011-280-0556

担当者：松本