

## 第10回日本臨床コーチング研究会学術集会参加申込書

下記の①から⑥まですべてにご記入下さい。

◎ファックスの場合： **FAX 番号： 078-382-6676** まで

(〒650-0017 神戸市中央区楠町7-5-2 神戸大学医学部附属病院薬剤部内)

◎メールの場合：本申し込み用紙にご記入の上、添付で送信して下さい。

メールアドレス：[hisyo@med.kobe-u.ac.jp](mailto:hisyo@med.kobe-u.ac.jp)

タイトルに「臨床コーチング参加申込書」とご記入下さい

①お名前：

---

本研究会の入会状況： 会員 非会員 (○をつけて下さい)

(入会状況で参加費が異なります： 会員参加費 4,000 円、非会員 5,000 円)

②ご所属：

③ご住所：

④メールアドレス：

⑤ Fax 番号：

⑥セミナーにて2つのプログラムを並行して行います。どちらに参加されますか？

○をつけて下さい

**A:ベーシックプログラム (基本コース)**

(オーガナイザー：田丸 司、川崎佳巳、山本康久) (講演：畑埜義雄)

**B:アドバンスプログラム (定員 24 名)**

(メディカルチームコーチングセミナー～チームコーチング体験セッションから学ぶ～)

(オーガナイザー：田口智博)

「研究会入会のお問い合わせ」は、臨床コーチング事務局まで

問い合わせ先： 〒490-1405 愛知県弥富市神戸 5-20 偕行会リハビリテーション内

事務局ファックス：0567-52-3885 電話 0567-52-3883

メール：[rinsyo-coach@kaikou.or.jp](mailto:rinsyo-coach@kaikou.or.jp)