**第7回　成人発達障害支援学会　事前参加申し込み票**

下記に必要事項を記入し、メール添付またはFAXでご送信ください。

**FAX: 052-763-2519　E-mail: hiroko\_tomatu＠apmc.aichi.jp**

|  |  |
| --- | --- |
| **氏名（ふりがな）** | （　　　　　　　　　　　　　　） |
| **勤務先‣所属名‣職種** |  |
| **ご住所** |  |
| **電話番号** |  |
| **E-mail** |  |
| **参加費** | 会員6,000円 （　） / 非会員7,000円 （　）　【当日は1,000円増し】  学生1,000円 （　）（学生証提示）　　　　 〈いずれかに〇〉 |

|  |  |
| --- | --- |
| **懇親会参加**  **26日（土）19:00-20:30** | 懇親会に　（　　） 参加する（会費5,000円）　／　（　　） 参加しない  〈いずれかに〇〉　※会場内にて開催予定です。 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **27**日(日)開場9:00 | | | | ※参加希望の太枠内に〇を記入ください。各ワークショップともに定員が予定されています。先着順にて受付しております。定員になり次第、締め切りとさせていただきます。何卒、ご了承ください。  ※A,B,Cの時間を良くご確認ください | | |
| **参加希望** | | **時間** | **催事名** | | **講師（敬称略）** | |
|  | **A** | 10:00  ▼  15:00 | ワークショップ①  **「成人発達障害ショートケアプログラム」** | | 昭和大学発達障害医療研究所  愛知県精神医療センター | |
|  | **B** | 9:30  ▼  17:30 | ワークショップ②  **「ホログラフィートークベーシック」** | | 嶺　輝子 | \*特別受講料20,000円が別途必要  \*参加は医師または心理士に限られます |
|  | **C-1** | 10:00  ▼  12:00 | ワークショップ③  **「サイコドラマ」** | | 医療法人社団心劇会  さっぽろ駅前クリニック | |
|  | **C-2** | 10:00  ▼  12:00 | ワークショップ④  **「映画プログラム」** | | 医療法人社団心劇会  さっぽろ駅前クリニック | |
|  | **C-3** | 13:00  ▼  15:00 | ワークショップ⑤  **「複雑性PTSDへの治療パッケージ」** | | 杉山　登志郎 | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **参加費は事前登録として、お振込みをお願いしております** | | | | |
| 詳しくは、成人発達障害支援学会HPをご覧ください。またお問い合わせは、第7回成人発達障害支援学会運営事務局あてにFAXまたはメールにてお願い致します。 | | **お振込先** | | 【ゆうちょ銀行】(記号12010)　普通預金　口座 21645861  口座名　第7回成人発達障害支援学会運営事務局 |
| **◇ポスターセッション演題発表募集◇**  （詳細は成人発達障害支援学会HPをご覧ください） | | **【ポスターセッション①】：26日(土)　18:00~19:00**  **【ポスターセッション②】：27日(日)　15:20~16:20** | |