**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** |