

熊本県 CM 協会 スーパービジョン研修参加申込書

氏 名			
所属事業所			
県 CM 協会 所属支部	支部所属		
連絡先（電話）	－（ ）－		
連絡先（E メール）	@		
郵便物郵送先 〒	〒		
郵便物郵送先 住所			
相談援助業務経験年数	通算		年
CM 経験年数	通算		年
主任 CM 受講の有無	有 （平成 年修了）		無
日本 CM 協会 入会状況	有		無
CM 以外の取得資格			
〃			
〃			
〃			
SV 研修 受講経験	有		無
受講 SV 研修の講師名			
志望の動機 （自己 PR）			

※ 申込書に記入された情報は、スーパービジョン研修以外には用いません。

申 込 締 切 ： 平成 24 年 6 月 20 日(水)