|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 내러티브 노출치료 워크샵 참여 신청서 | | | | | |
| 이름 |  | | 성별 | |  |
| 이메일 |  | | 전화번호 | |  |
| 현재 소속 | |  | | | |
| 직업 분야/자격증 | |  | | | |
| 관련 분야 교육력 | |  | | | |
| **경력을 간략하게 적어주십시오. 직업 생활에서 본 워크샵을 어떻게 활용하실지, 무엇을 개발하고 공부하고 싶으신지 관심 분야도 적어주십시오.** | | | | | |
| **\* 다음이 필요하신 분들께서는 ☐에 체크해 주십시오.** | | | | | |
| ☐ 임상심리전문가 연수평점표 | | | | ☐ 기관 지원 참가비 영수증 | |
| **주의사항**  \* 신청서를 보내시면([connect@traumahealingcenter.org](mailto:connect@traumahealingcenter.org)), 입금 안내 연락을 드립니다. 안내 메일에 따라 입금해 주시기를 바랍니다.  \* 사전 등록(1/29 17:00까지 입금) 35만원, 그 이후 40만원  \* 참가비는 자료집 포함입니다. 점심 제공은 없습니다. 기관에서 지원받으시는 경우 사전등록 할인이 없습니다. 기관 지원 외에는 영수증 발급이 불가합니다.  1월 29일 17:00 전 취소하시면 전액 환불 (송금 수수료 제외)  2월 19일 17:00 전 취소하시면 70% 환불 (송금 수수료 제외)  2월 19일 17:00 이후 취소하시면 환불이 어려움을 양해 바랍니다. | | | | | |
| **내러티브 노출치료 워크샵 참여를 신청하며, 위 주의사항에 동의합니다.**  날짜: 2016년 월 일  신청자: (서명) | | | | | |

트라우마치유센터 사회적 협동조합 사람마음

connect@traumahealingcenter.org

www.traumahealingcenter.org