**NPO法人ヘルスカウンセリング学会公認資格研修**

**ボランティア申請書**

**（複数ある場合複数枚申請してください）**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者名 |  |
| 住所 |  |
| メールアドレス | ※ドメイン指定が必要な方は『kksds.com』の限定受信設定をお願い致します。 |
| 電話番号 |  |
| SAT保有専門資格名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 今回希望研修コース |  |
| 希望される研修開催日 | 年　　　　　月　　　　日　～　　　　　月　　　　　日 |
| 参加理由 | |
| 担当講師許可印  あるいは署名 |  |