送付先：第 24 回日本保健医療行動科学会学術大会
実行委員会事務局
〒658-8501 神戸市東灘区岡本 8-9-1 甲南大学文学部 谷口研究室気付
TEL・FAX：078-435-2368

＊申込は郵送または FAX でお願い致します.

第 24 回日本保健医療行動科学会学術大会

参 加 申 込 書

【1】大会参加申込	※2009 年 6 月 19 日(金)〆切
❶氏 名（フリガナ）	
❷参加申込	※いずれか該当するものに☑をご記入ください. □会員・一般（￥5000） □会員・学生（￥3000） □非会員（￥6000） □一日コース（￥3000）
❸ フリガナ 所属先（役職）	
❹連絡先 □自宅 □所属先	
❺TEL・FAX	TEL FAX
❻E-mail	@
❼体験学習 ワークショップ	※27 日（土）15:15～17:45 に実施致します. 当日受付も可能ですが, 定員制のワークショップについては先着順で定員（50 名）になり次第, 受付を〆切りますので, できるだけ事前にお申し込みください. 定員を超過し, ご参加が不可能な場合はご連絡致します. □ 1. サイモントン療法 □ 2. ナラティブ・アプローチ □ 3. アロマセラピー（バスタオル一枚持参） □ 4. ミュージックセラピー（小物楽器をお持ちの方はご持参ください） ※学会認定「健康行動科学士」資格研修 単位登録を希望します. → □

【2】研究発表エントリー	※2009 年 5 月 1 日(金)〆切
❶発表の種別	□ 口 頭 発 表 □ ポスター発表
❷発表タイトル	
❸発 表 者	※共同発表の場合は, 発表（代表）者に〇印を入れてください.
❹所 属	
❺連 絡 先 ※共同発表の場合は, 代表者の連絡先をご記入ください.	Tel Fax E-mail

【3】懇親会 参加申込	※27 日（土）18:00～20:00 @甲南大学5号館1階 *Café Pensée*
懇親会	※ご参加の場合は下記に☑をご記入ください。当日参加も可能です. □ 一般（￥5000） □ 学生（￥3000）

【4】郵便振替振込請求書兼受領証 添付欄	
※「郵便振替払込請求書兼受領書」を貼り付けてください. （コピー可／横向に貼り付けても構いません.）	内訳 参加費 ＿＿＿＿＿円 懇親会費＿＿＿＿＿円 合計 ＿＿＿＿＿円