

# 2017 年度 箱庭制作実習研修会(近畿地区)のご案内

主催：一般社団法人日本箱庭療法学会

日時：2017年7月16日(日) 12:30~17:30(受付 12:00~)

会場：カウンセリングオフィス 神戸同人社

(神戸市中央区多聞通4丁目1-20 富士興業湊川ビル7階)

## ご挨拶

日頃さまざまな場で心理臨床に携わっておられる皆様には、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、本年度も皆様の熱意に支えられて、近畿地区の箱庭制作実習研修会のご案内を差し上げますこと、この場を借りまして厚くお礼申し上げます。

箱庭療法への理解を深めるうえで、治療者自身が箱庭の持つ力に実際に触れる体験は不可欠であると考えております。この考えのもと、少人数のグループで箱庭制作の実践過程を体験する本研修会は、学会研修活動における重要なプログラムとして回を重ねてまいりました。

今回、快く会場の提供を引き受けてくださったカウンセリングオフィス神戸同人社は、心理臨床の草創期から神戸の地で心理療法を行っている私設相談機関です。いつもとは異なる臨床の場での箱庭体験ができるかと思っております。

学会員の方に限らず非学会員の方で、箱庭療法を取り入れておられる方々、またこれから導入を考えておられる方々、そして大学院生の方々もぜひともこの箱庭制作実習にご参加ください。皆さまにとって、意義深い研修の場となりますことを心より願っております。この体験は、心理療法の実践につながる貴重なものとなることでしょう。

2017年5月吉日

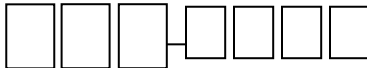
一般社団法人日本箱庭療法学会 研修委員長 川戸 圓

## <開催要項>

1. 講師：豊田園子(豊田分析プラクシス) 高月玲子(天理大学)  
石川敬子(カウンセリングオフィス神戸同人社)
2. 定員：30名
3. 参加資格：以下の条件のいずれかを満たす方とします。
  - ①一般社団法人日本箱庭療法学会会員
  - ②箱庭療法を導入・または導入を検討中の児童相談所・児童養護施設等の心理職に従事されている方
  - ③箱庭療法を導入・または導入を検討中の学校等教育機関の保健・養護領域に従事されている方
  - ④心理臨床を専攻する大学院生
4. 参加費：学会員：4,000円 非会員：7,000円 大学院生(非会員)：5,000円
5. 研修ポイント：臨床心理士教育・研修規程の研修ポイントは取得できませんのでご了承下さい。
6. プログラム  
12:00~12:30 受付  
12:30~17:30 制作研修(1グループ10名 制作・討議・研修・休憩を含め5時間の枠)  
※作品の記録は各自で行っていただきますので、必要な方はカメラをご持参下さい。



62円切手 をお貼り ください
往 信



〒541-0047

大阪市中央区淡路町 4-3-6 新元社内

一般社団法人日本箱庭療法学会事務局  
箱庭制作実習研修会 係  
(近畿地区)

〈2017年度箱庭制作実習研修会(近畿地区)のご連絡〉

□研修会に参加いただけます。

- ・受講料 会 員 : 4,000 円  
非会員 : 7,000 円  
大学院生 : 5,000 円

振込先 郵便振替口座 No. : 00900-8-233788

加入者名 : 一般社団法人日本箱庭療法学会研修委員会  
(通信欄に「箱庭制作実習研修会(近畿地区)」とご記入下さい)

- ・受講者の変更・取消し、及び受講料の返金は出来ませんので予めご承知おき下さい。また、キャンセルの方はお早めに連絡いただきますようお願いいたします。
- ・当日は必ず本状と念のため郵便振替用紙控えをご持参の上、受付手続きをして下さい。
- ・受付場所のご案内  
富士興業湊川ビル 7 階 (12:00 受付開始)

□定員超過につき申し訳ございませんが参加頂けません。  
次回開催時にご案内いたしますのでご了承下さい。

〒541-0047

大阪市中央区淡路町 4-3-6 新元社内  
一般社団法人日本箱庭療法学会事務局  
箱庭制作実習研修会

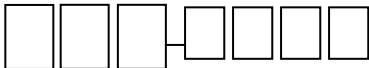
往復郵便はがき

62円切手

をお貼り

ください

返 信



この点線を内側にして折って差し出してください。

様

あなたの郵便番号と宛名をお書き下さい。

## 2017年度箱庭制作実習研修会(近畿地区)

### 参加申込書

ふりがな

氏名： \_\_\_\_\_

会員(ID: \_\_\_\_\_)・非会員・大学院生(いずれかに○)

連絡先住所： 自宅 ・ 勤務先 (いずれかに○)

〒 \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_

電子メール： \_\_\_\_\_

所属： \_\_\_\_\_

職種： \_\_\_\_\_

\* 今度の研修会企画へのアンケートにご協力お願いします。

①箱庭制作の経験： はじめて ・ ( ) 回

②当制作実習研修会への参加： はじめて ・ ( ) 年度参加

③臨床経験： \_\_\_\_\_ 年

④箱庭療法臨床経験： あり ・ なし

⑤その他ご意見等

**締切：2017年6月19日(月)必着** 返信用の表書きも忘れずご記入下さい。