

ビジョン心理学セミナー 喪失回復プログラム参加希望届及び参加同意書

この用紙はビジョン心理学セミナーに喪失回復プログラムを希望し参加される方が、安全に、効果的にセミナーを体験していただくためのものです。秘密厳守いたしますので、正直に記入してください。

セミナーでは、感情的なことを扱うことに重点をおき、潜在意識、無意識に働きかける手法でヒーリングを行います。

また、セミナー終了後にフォローアップカウンセリングも受けることができますので、ご利用ください。

すべての項目にもれなく記入の上、同意書の欄にも記入、捺印しご提出ください。

セミナー名：	セミナー開催日： 年 月 日	記入日： 年 月 日
ふりがな：	生年月日 年 月 日	性別： 男 女
氏名：	携帯電話：	
住所：	紹介者：	

1	どなたが亡くなりましたか？	ご自分との続柄：
2	いつ亡くなりましたか？	年 月 日
3	現在、過去に精神的な疾病で入院、通院、またはカウンセリング等を受けたことがありますか。 (はいの場合) 疾病名： 通院・入院・カウンセリング・その他 投薬名：	いつ頃： はい いいえ
4	現在、医師などの指示により薬をのんでいますか。(はいの場合) 投薬名： 期間：	はい いいえ
5	現在、妊娠中ですか。(はいの場合)	妊娠 ヶ月 はい いいえ
6	身内の方が亡くなってから最近にかけて、体調の変化などはありますか？(はいの場合) 変化についてお書きください。	はい いいえ
7	よく眠れますか。	平均睡眠時間 時間 はい いいえ
8	精神的に安定していますか。(いいえの場合) どんな時に不安になりますか：	はい いいえ

ビジョン心理学は、癒しを目的としたプログラムであり、治療を目的としたものではありません。受講が適切でないと見られる場合には、受講をお断りすることがあります。不安がある方は事前にお申し出ください。

受講目的

1. セミナーで解決したい課題、問題は何ですか。

2. そのことから自分の人生にどんな違いをつくり出したいですか。(例えば家庭、職場、人間関係など)

同意書	
私	は、喪失回復プログラムを利用し、自らの体験に責任を持ち、自分の意志でセミナーに参加いたします。
年 月 日 氏名：	印

共催：ビジョンダイナミックス研究所／特定非営利活動法人こころのビタミン研究所