



BARBARA BRENNAN SCHOOL OF HEALING® JAPAN 500 N.E. Spanish River Boulevard • Suite 201 • Boca Raton, FL 33431-4559 • USA
+1.561.620.8767 (英語だけ) • Fax: +1.561.431.0877 • Email: bbsh.japan@barbarabrennan.com

学生のプロフィール STUDENT INFORMATION

First Name/名

Last Name/姓

Address/住所

City/郡市

Prefecture/都道府県

Postal Code/郵便番号

Country/国

Home Phone/自宅の電話番号

Mobile Phone/携帯電話番号

Email/Eメール

Age/年齢

Date of Birth (Day/Month/Year)/生年月日 (月/日/年)

Name You Would Like on Your Nametag (if different from name listed)/名札に付けたい名前 (記載されている名前と異なる場合)

教育および職業的背景情報

EDUCATION/OCCUPATION INFORMATION

の学生は12年の教育を受けていなくてはなりません。それを証明する為に、下記の書類を添付しました:

Applicants must have completed 12 years of education/schooling. As proof of completion, I have attached a copy of my:

卒業証書、修了証書又は成績証明書 Diploma, Certificate or Transcript その他 Other _____

職業: _____ 就業期間: _____
Occupation: _____ For how long?

医療関係の仕事に就いていますか? はい Yes いいえ No 医療/介助の経験を全てリストして下さい: _____
Are you a healthcare professional? List all healthcare/helping professions experience:

心理学トレーニングの資格情報をリストします (MSW、心理学の博士号、CIL、PathworkHelper®、Core Energeticsなど):
List credentials for psychological training (MSW, Ph.D in Psychology, CIL, Pathwork Helper®, Core Energetics, etc.):



BARBARA BRENNAN SCHOOL OF HEALING® JAPAN 500 N.E. Spanish River Boulevard • Suite 201 • Boca Raton, FL 33431-4559 • USA
+1.561.620.8767 (英語だけ) • Fax: +1.561.431.0877 • Email: bbsh.japan@barbarabrennan.com

健康情報 HEALTH INFORMATION

現在服用している薬剤と処方された症状をリストして下さい:

List medications currently being taken, and the conditions prescribed for:

過去2年間服用していた薬剤、処方された症状、時期をリストして下さい:

List medications taken within the past 2 years, when you took them, and the conditions they were prescribed for:

現在ある身体的な問題をリストして下さい:

List present physical problems:

精神的な症状で入院した事がありますか?

Have you ever been hospitalized for psychological difficulties?

はい いいえ もしあれば、何の為にいつ入院していましたか? _____ その日付: _____
Yes No If yes, for what and when? List date(s):

精神的な症状で治療を受けたり?

Have you ever been treated for psychological difficulties?

はい いいえ もしあれば、何の為にいつ入院していましたか? _____ その日付: _____
Yes No If yes, for what and when? List date(s):

追加情報 ADDITIONAL INFORMATION

スピリチュアルな発達、ヒーリングや健康管理の目的でトレーニングや勉強する為に現在参加しているセラピー/スピリチュアルグループ
List the therapeutic/spiritual groups in which you presently participate for support, and any training or study in spiritual growth, healing or healthcare you have had:

を全てリストして下さい: _____

署名: _____
申し込み者の署名 (申込者は18歳以上に限ります)

SIGNATURE: Student Signature (Student must be 18 years of age older)

名前 (ローマ字で記入して下さい)

Student Name (Please print)

_____/_____/_____
日付 (月/日/年)
Date

緊急連絡先: IN CASE OF EMERGENCY, CONTACT:

First Name/名 Last Name/姓 Relationship to You/申し込み者との関係

Home Phone/自宅の電話番号 Mobile Phone/携帯電話番号

Email/Eメール