PHOENIX RISING
YOGA THERAPY

フェニックス・ライジング・ヨガセラピー
セラピスト・トレーニング申込書

氏名：　　日付：

呼ばれたい名前：　　生年月日：

住所：

自宅電話番号：

その他電話番号：

E メールアドレス：

ホームページアドレス：

現在の職業：

資格／免許：

以下の質問にできるだけお答えください。スペースが必要な場合は別紙を使用し添付してください。最新の写真を添付してください。

この申込書は、メールまたは郵送でご提出ください。

メールアドレス：
support@prytyogatherapy.com

住所：
〒155-0031 東京都世田谷区北沢 2-26-15　株式会社クリパル・ジャパン

当ヨガセラピスト・トレーニング（レベル 3）への参加動機を記してください。

このプログラムから何を得たいと思いますか？
個人的に、あるいは専門的に望むことは何ですか？

どのようなスキルや素質を持っていますか？
フェニックス・ライジング・ヨガセラピストになるために、また、フェニックス・ライジング・ヨガセラピーのセッションを人に施す際に役立つと思われるものはありますか？

これまでのフェニックス・ライジング・ヨガセラピーの体験の中で、最も重要な学びは何でしたか？

レベル 3 では、メンターとの電話会議やスカイプ、筆記課題でのやりとりが行われます。メンターから、どのようなサポートや指導があれば、あなたにとってプログラムが容易になるでしょうか？メンターとの関係において、妨げになるようなことは何かありますか？

レベル 3 を問題なく修了する妨げになる要因があなたの暮らしや人生にありますか？（例：時間管理、集中力、延期する傾向など）

現在、以下のいずれかの専門医にかかっていますか？
あてはまるものにチェックを入れてください。

□心理療法　　□精神科　　□カイロプラクター　　□西洋医学
□ホメオパシー　　□その他

現在治療中の症状があれば記してください。

現在服用中の処方箋、あるいは処方箋ではないが服用している医薬品があれば記してください。

過去の依存症、手術、大きな疾病、慢性的な症状、事故、怪我など、プログラム参加に関係のありそうなことを記してください。その時期も含めてください。

読み書きに支障をもたらす学習障害がありますか？
□はい　　□いいえ

障害があれば、詳細を記してください。

自身に関することで、当プログラム教師やメンターに知っておいてほしいことはありますか？トレーニング中、あなたをサポートするのに最適な人材を選ぶために、役立つかもしれないと思われるような、自身のプロフィールを以下に記してください。

フェニックス・ライジング・ヨガセラピーは、ヨガのエッセンスと現代の自己成長プロセスの架け橋となるものです。この両面において、しっかりした基礎があることが、プラクティショナーにとって重要です。以下、それぞれのフィールドでの経験を注意深く記入してください。必要なら別紙を使用し、申込書に添付してください。

ハタヨガ・クラス体験

期間／時期	インストラクター	ヨガの流派	練習時間

ヨガ・トレーニング

期間／時期	インストラクター	プログラム	場所	研修時間

自己成長トレーニングまたは体験

期間／時期	インストラクター	プログラム	場所	研修時間

この申込書に記された情報は、自分が知る限り、正確かつ完全であることを、私はここに誓います。これらの情報に虚偽があった場合、プログラムからの中途退学、および認定取消しに相当することを私は理解します。

署名：　　日付：