

**FORMULAIRE DE RENOUELEMENT DU MEMBERSHIP
ET/OU DE RÉINSCRIPTION À LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE D’HYPNOSE**

Êtes-vous un membre de la Société qui renouvelle son membership? oui non

Êtes-vous un ex-membre de la Société qui désire se réinscrire? oui non

Êtes-vous un membre à la retraite? oui non

Nom _____ Prénom _____ Diplôme (titre) _____

Profession _____ milieu hospitalier à votre compte autre, spécifier _____

adresse de votre premier bureau _____
no rue app.

ville arrondissement province code postal

tél. bur. () _____ téléc. () _____ courriel _____

adresse de votre 2^e bureau _____
no rue app.

ville arrondissement province code postal

tél. bur. () _____ téléc. () _____

Langues de travail : français anglais autre, spécifier _____

Clientèle : enfants adolescents adultes personnes âgées

Adresse pour courrier seulement : _____
no rue app.

ville arrondissement province code postal

Courriel : _____ site web : _____

Désirez-vous que l'on vous réfère des clients/patients : oui non

Si oui, vous serez alors inscrit sur la liste des praticiens sur le site www.sqh.info

N'oubliez pas de compléter le formulaire **au verso** et nous le retourner.

Date : _____ signature : _____

Veillez cocher un maximum de quinze codes décrits ci-dessous. Vous pouvez ajouter en plus, le code 28 en spécifiant le type de soins.

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| 1- Alcoolisme et toxicomanie | <input type="checkbox"/> | 15- Psychologie du sport | <input type="checkbox"/> |
| 2- Anxiété et phobies | <input type="checkbox"/> | 16- Problèmes dermatologiques | <input type="checkbox"/> |
| 3- Dépression | <input type="checkbox"/> | 17- Problèmes neurologiques | <input type="checkbox"/> |
| 4- Entraînement à l'autohypnose | <input type="checkbox"/> | 18- Problèmes obstétriques et gynécologiques | <input type="checkbox"/> |
| 5- État de stress post-traumatique | <input type="checkbox"/> | 19- Problèmes respiratoires | <input type="checkbox"/> |
| 6- Expertise légale | <input type="checkbox"/> | 20- Problèmes sexuels | <input type="checkbox"/> |
| 7- Gestion de la douleur | <input type="checkbox"/> | 21- Recherche en hypnose | <input type="checkbox"/> |
| 8- Insomnie | <input type="checkbox"/> | 22- Relaxation et gestion du stress | <input type="checkbox"/> |
| 9- Intervention médico-chirurgicales | <input type="checkbox"/> | 23- Résolution de traumatismes infantiles | <input type="checkbox"/> |
| 10- Maladies psychosomatiques | <input type="checkbox"/> | 24- Tabagisme | <input type="checkbox"/> |
| 11- Obésité et anorexie | <input type="checkbox"/> | 25- Troubles de la personnalité | <input type="checkbox"/> |
| 12- Oncologie | <input type="checkbox"/> | 26- Migraine | <input type="checkbox"/> |
| 13- Personnalité multiple | <input type="checkbox"/> | 27- EMDR | <input type="checkbox"/> |
| 14- Préparation à l'accouchement | <input type="checkbox"/> | 28- Autre (spécifiez) | <input type="checkbox"/> |

Section pour les dentistes

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| D1 Bruxisme | <input type="checkbox"/> | D4 Endodontie | <input type="checkbox"/> |
| D2 Chirurgie | <input type="checkbox"/> | D5 Paradontie | <input type="checkbox"/> |
| D3 Dentisterie opératoire | <input type="checkbox"/> | D6 Problèmes A.T.M. | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | D7 Prothèses fixes et amovibles | <input type="checkbox"/> |

Inclure un chèque à l'ordre de la Société québécoise d'hypnose au montant de cent dollars (100\$) ou cinquante dollars (50\$) pour les membres à la retraite.

Le formulaire et le chèque doivent être envoyés à l'adresse suivante :

Société québécoise d'hypnose
CP 55, succursale Saint-Laurent
Montréal (Québec)
H4L 4V4