

一般社団法人日本臨床心理士会 入会申込書

一般社団法人日本臨床心理士会 御中

私は貴会の目的に賛同し、入会を申し込みます。

年 月 日

臨床心理士登録番号 No.		( 年 4月 1日 取得)		
ふりがな			性別	男 ・ 女
氏名			西暦	年 月 日 生 (昭和・平成 年) ( ) 歳
送付先希望	自宅 ・ 所属機関	※海外在住の方は下記からお選びください 自宅 ・ 所属機関 ・ 国内連絡先 (裏面にご記入ください)		
自宅	住所	〒 都・道 府・県		
	電話		FAX	
	携帯電話			
	E-mail			
所属機関	名称		職名	
	住所	〒 都・道 府・県		
	電話		FAX	
	E-mail			
最終学歴	年 月 修士 (博士前期) / 博士 (博士後期) 修了 大学院 研究科			
学位	年 月 大学 修士 ・ 博士			
現在の活動領域	主な領域 ( ) (あれば) 副領域 ( ) ※下記から選んで番号を記入してください。 1. 保健・医療 2. 福祉 3. 教育 4. 大学・研究所 5. 司法・法務・警察 6. 産業・労働 7. 私設心理相談 8. その他			
所属の都道府県臨床心理士会	臨床心理士会			
※取得した個人情報、当会の活動の範囲内でのみ利用します。なお、その際に、(財)日本臨床心理士資格認定協会及び当会団体会員である都道府県臨床心理士会と個人情報を共有する場合があります。 ※当会常任理事会が承認した、臨床心理士を対象とする研究・調査に関し、その実施者への連絡先住所・氏名の情報提供の諾否 ( 承諾する ・ 承諾しない )				

[事務局記入欄]

申込書受付日	資格確認日	入会承認日	年会費確認日	賠償保険開始日

※海外在住の方で、国内に連絡物の送付を希望する場合は、下記に連絡先をご記入ください。

国内 連絡先	住所	〒 都・道 府・県  様方		
	電話		FAX	

(2011.5)