

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 |
| 郵送物送付先 | 自宅 ・ 勤務先 | ※海外在住の方は下記からお選びください 自宅 ・ 勤務先 ・ 国内連絡先 (裏面にご記入ください) | | |
| メールマガジン等送付先 E-mail address | 自宅① ・ 自宅② ・ 携帯 ・ 勤務先 | | | |
| 自宅 | 住所 | 〒 | | |
| | 電話 | | FAX | |
| | 携帯電話 | | | |
| | E-mail① | | | |
| | E-mail② | | | |
| | E-mail 携帯 | | | |
| 勤務先 | 名称 | | 職名 | |
| | 住所 | 〒 | | |
| | 電話 | | FAX | |
| | E-mail 勤務先 | | | |
| 大学学部 | 年 月 | 大学 | 学部 | 学科 専攻卒業 |
| 大学院研究科 | 年 月 | 大学大学院 | | 研究科 修士 ・ 博士前期 ・ 博士 ・ 博士後期課程 修了 |
| 学位 | 年 月 | 大学 | | 修士 ・ 博士 |
| 現在の活動領域 | 主な領域 () 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、(公財)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 |
| | | | | |

