

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 | 自宅① ・ 自宅② ・ 携帯 ・ 勤務先 ・ 不要 ※○は1つ付けて下さい。 | | | |
| 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 | | | |
| 所属する都道府県団体会員名 | | | | |
| ※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の団体会員(都道府県団体会員)と個人情報を共有する場合があります。 ※入会申込書に必要事項を記入し、「臨床心理士資格登録証明書」(カード)のコピーを添付のうえ、事務局にご郵送ください(A4サイズ)。 | | | | |

[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 |
| | | | | |

