

一般社団法人日本臨床心理士会 入会申込書

臨床心理士登録番号 No.		( 年 4月 1日 取得)		
フリガナ		性別	男 ・ 女 ・ 回答しない	
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)		
メールマガジンの配信	希望する ・ 希望しない			
メールアドレス				
自宅	住所	〒		
	電話		F A X	
	携帯電話			
勤務先	名称		職名	
	住所	〒		
	電話		F A X	
大学学部				
大学院				
学位				
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)。				

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、定款を確認し、入会を申込みます。

入会後は、定款第12条に定める会員の義務を遵守します。

年 月 日

署名

[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	〒		
	電話		F A X	様方

(2023. 5)