

年 月 日()

滋賀県臨床心理士会入会申込書

本会の趣旨に賛同し、正会員として入会の申込をします。※必ず手書きで記入してください。

フリガナ		男 ・ 女	生年月日(西暦)	
氏名			年	月
自宅住所	〒			
メールアドレス		TEL・FAX		
メールでの連絡(可・不可)		TEL:		
		FAX:		
勤務先	所属部名			
勤務先住所	〒		TEL:	
			FAX:	
最終学歴	大学 大学院	学部 研究科(修士・博士)	学科()	()年卒 年修了)
主な職歴				
専門分野				
関心領域	(○を付けてください。複数選択可) ・子育て支援 ・被害者支援 ・学校臨床 ・HIV/AIDS ・医療 ・福祉 ・高齢者支援 ・産業労働 ・その他()			
臨床心理士資格 取得年	年	認定番号		

- *他府県の心理士会からの転入について (転入 ・ 新規入会)
- *お知らせなど送付先について (勤務先 ・ 自宅 いずれかに○をつけてください)
- *入会承認後、会員名簿等への職場名の掲載について (可 ・ 不可)
(現在の所、会員名簿への記載事項は、氏名・職場のみとしております)