

年 月 日( )

## 滋賀県臨床心理士入会申込書

本会の趣旨に賛同し、入会の申込をします。※必ず手書きで記入してください。

準会員・賛同会員 (いずれかに○をつけてください)

フリガナ		男 ・ 女	生年月日(西暦)		
氏名			年	月	日 ( )歳
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 (所属先)					
勤務先住所 (所属先)	〒			TEL: FAX:	
最終学歴	大学 大学院	学部 研究科( 修士・博士 )	学科( ) 課程 ( 年修了・在学中 )	年卒)	
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( )				
準会員・賛同会員への入会ご希望の方は本会の正会員である推薦者が必要です。					
推薦者氏名					印

\*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)