

正会員

## 滋賀県臨床心理士会 入会申込書

本会の趣旨に賛同し、正会員としての入会を申し込みます。※必ず直筆でご記入ください。

記入年月日		西暦	年	月	日
氏名		フリガナ			
自宅	住所	〒	-		
	TEL				※可能な限り、携帯電話やスマートフォンの番号を記入してください。
メールアドレス (2MB程度の添付ファイルを受信できるもの)		@		※info@shiga-clini-psy.comからのメールを受信できるように設定してください。	
主たる勤務先 (所属先)	機関名				
	住所	〒	-		
	TEL				
	※該当する所に○をつけてください				
領域		子育て支援・福祉	産業・私設相談	その他の方は具体的にご記入ください	
		医療・保健	教育(SC)		
		被害者・災害支援	その他		
主な職歴	勤務先機関名			所在地(例:滋賀県大津市)	
最終学歴	大学	学部	学科	西暦	年卒業
	大学大学院	研究科修士(博士前期)課程		西暦	年修了
	大学大学院	研究科博士(博士後期)課程		西暦	年修了
臨床心理士資格		認定番号	西暦	年4月1日取得	

※該当する所に○をつけてください

ご自宅住所もしくは、主たる勤務先(所属先)の所在地は滋賀県内ですか。	はい	いいえ
「いいえ」の場合は、入会申込理由を具体的に記載してください。 (例:主たる勤務先ではないが、滋賀県〇〇市にある「〇〇市△△センター」にも勤務しているため)		
これまでに(現在も)他都道府県の臨床心理士会に入会されていますか(入会されています)か。	はい	いいえ
お知らせなどの送付先はどちらがよろしいですか。	自宅	勤務先
ニュースレターの送付はメール配信可能ですか。	配信可能	郵送希望
Zoom等のオンライン研修を受講できますか(ネット接続のできるパソコンがある、マイク付きカメラも備えている等)。	受講可能	受講不可