

## 滋賀県臨床心理士会 入会申込書

本会の趣旨に賛同し、(準会員・賛同会員)としての入会を申し込みます。

いずれかに○

※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

※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)			
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