

長崎県臨床心理士会・入会申込書

長崎県臨床心理士会 会長 様

会の目的に賛同し、正会員・研修会員（該当に○）としての入会を希望します。
所定の用紙に記入し、ここにお届けいたします。

申込日 年 月 日 入会年度 年度

フリガナ

申込者氏名 印 前所属 都道府県
※他県からの転入等の場合

資格登録番号(正会員は必須)

所 属 電話番号

FAX 番号

所在地 〒

メール・アドレス

その他の所属（複数記入可）

自宅住所 〒

電話番号（固定） (携帯)

FAX 番号

メール・アドレス

*下記のうち、お知らせ配信用の連絡方法を1つ選んで○印をつけてください。

自宅メール ・ 職場メール ・ 自宅 FAX ・ 職場 FAX

※お知らせの送信(連絡方法)には、できるだけメールを選択ください。

また、お知らせには添付資料がつくこともございます。添付可能なアドレスをご利用ください。

注) 研修会員の場合は正会員の推薦が必要です。

推薦者氏名(当会正会員) 印

現在の領域区分（複数回答可・該当に○）

開業 ・ 教育 ・ 医療 ・ 福祉 ・ 司法・矯正 ・ 産業 ・ その他 ()

*本会は部会形式をとっております。正会員は、下記の項目のうち、所属希望のものを1つ以上選び、○印をつけてください。(複数可。研修については他の領域とともに選択。)

①教育、 ②医療保健、 ③福祉・子育て、 ④司法・矯正・被害者支援、 ⑤産業・私設心理

所属学会・研修会等

※本登録用紙に記載された個人情報、本会事務局運営に関わる以外には一切使用いたしません。