

高知県公認心理師会 入会申込書

記入年月日:西暦 年 月 日

ふりがな				生年月日	西暦 年 月 日
名前					
公認心理師登録番号		(準会員での入会希望の方は「準会員」と記入してください)			
関連保有資格		(国家資格、臨床心理士、臨床発達心理士、特別支援教育士、教員免許など、その他の資格をお持ちでしたらご記入ください)			
自宅	住所	(〒 —)			
	TEL/FAX	/			
主たる勤務先	勤務先名 (部署名)	()	職種		
	住所	(〒 —)			
	TEL/FAX	/			
郵便物送付先		☐ 自宅 ☐ 勤務先 (いずれかに ☒ してください)			
e-mail(メーリングリスト登録用)					
主な活動領域(複数可)		☐ 医療・保健 ☐ 教育 ☐ 福祉 ☐ 司法・犯罪 ☐ 産業・労働 ☐ その他()			
所属を希望する職能領域別部会	主領域	☐ 医療・保健 ☐ 教育 ☐ 福祉 ☐ 司法・犯罪 ☐ 産業・労働			
	副領域 (あれば。複数可)	☐ 医療・保健 ☐ 教育 ☐ 福祉 ☐ 司法・犯罪 ☐ 産業・労働			

※ 全ての欄にご記入をお願いいたします。ない場合は「なし」とご記入ください。

※ 当会からの連絡や情報提供等はメールで行います。なお、メーリングリストは非公開にいたします。

※ 頂いた個人情報については、入会資格審査、会費請求、会員名簿、選挙名簿、総会案内など、当会の活動の範囲内でのみ利用いたします。

※ 複数の部会への登録を希望される方は、ひとつを主領域、それ以外を副領域として登録をお願いします。

事務局処理欄	申込書受付日	入会承認日	会費納入確認日	メーリングリスト登録日