年　　月　　日

**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、　　　　　　年度から 正会員・ 研修会員 （該当に○）としての入会を希望します。

|  |  |
| --- | --- |
| 臨床心理士登録番号（必須） | 公認心理師登録番号（差し支えなければご記入ください） |
|  |  |
| ふりがな氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 前所属　　　　　　　　都道府県（※他県からの転入等の場合） |
| 自宅 | 〒 |  |
|  |
| 固定電話 | 携帯電話 |
| FAX |  |
| メールアドレス |  |
| 所属① |  |
| 職名・役職 |  |
| その他の所属（複数記入可） |  |
| 所属① | 住所 |  |
| TEL | FAX |
| メールアドレス |  |
| 所属領域（○印、複数の場合は主たる領域に◎印） | 教育　　医療　　福祉　　司法・矯正　　産業　　開業　　その他（　　　　　　　） |
| 所属学会・研修会等 |  |
| 郵便物の送付先（○印） | 自宅 | 所属① |
| お知らせ配信の連絡先（○印）ファイルが添付可能なアドレスをご利用ください。 | 自宅メール | 所属①メール |

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）

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

送付先：長崎県臨床心理士会事務局

〒852-8145

長崎市昭和1-2-18　千代田ビル2F 202

TEL&FAX：095-846-3583

E-mail：n.rinshikai@gmail.com