一般社団法人静岡県公認心理師協会（旧静岡県臨床心理士会）入会申込書

本会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

申込日　　年　　月　　日

ふりがな 氏名 (名簿使用)	㊞	男 女	生年月日	西暦　　年　　月　　日生
資格 該当に☑	□公認心理師　（登録氏名：　　） 登録番号：第　　号 登録年月日：　　年　　月　　日		□臨床心理士　（登録氏名：　　） 登録番号： 資格交付日：西暦　　年　　月　　日	
	□ 学校心理士　□ 産業カウンセラー　□ 精神保健福祉士　□ 特別支援教育士 □ 臨床発達心理士　□ その他（　　）			
自宅	住所：〒　　－ 電話：　　FAX：			
所属 (勤務先)	所属名： 住所：〒　　－ 電話：　　FAX：			
E-mail	通常： ※情報配信がありますので添付ファイル受信が可能なアドレスを記入ください。 緊急時： ※携帯で受信可能なアドレスを記入ください。主に災害時の安否確認、派遣要請に使用します。			
最終 学歴	大学　　学部　　学科　　専攻（　　年卒業） 大学大学院　　学研究科（　　年修了） 学士 ・ 修士 ・ 博士			
職歴	(在籍期間)　　(勤務先)　　※欄が足りない場合は、別紙にて提出可 年　月 ～　　年　月 年　月 ～　　年　月 年　月 ～　　年　月 年　月 ～　　年　月 年　月 ～　　年　月			
職能 領域	主領域に◎、副領域がある場合は○を記入 (　) 福祉　(　) 医療　(　) 保健　(　) 私設心理相談　(　) 教育相談 (　) 研究　(　) 司法　(　) 矯正　(　) 労働　(　) 産業			
専門・関心領域				
委員会	専門・関心領域に該当する委員会に○、企画・運営に携わりたい委員会に◎を記入 (　)倫理　(　)研修　(　)広報・編集　(　)産業・組織領域 (　)医療保健領域　(　)私設心理相談領域　(　)教育・学校臨床　(　)児童福祉 (　)障害者福祉　(　)高齢者福祉　(　)被害者支援　(　)災害支援領域			
郵送物 送付先	□自宅　□勤務先 郵送時氏名（名簿と異なる場合）：	求人 情報	□希望する　□希望しない	
メーリング リスト	□医療 ML 登録希望　□希望しない	災害時 協力依頼	□連絡可　□連絡不可	
名簿 表記	名簿（2年に1回発行）に掲載を希望しない項目にチェックを記入　（氏名、資格及び登録番号、職能領域は掲載必須項目） □所属　□メールアドレス（通常）			

※ 取得した個人情報は、当会の活動の範囲内でのみ利用します。

※ 入会時には会報誌の「会員動向」欄に、入会者氏名、所属、専門・関心領域が掲載されます。

事務局記入欄

理事会	通知			資料送付	台帳						会報掲載
	受理	承認	完了		会員	会費	アドレス	会員 ML	求人 ML	医療 ML	