

一般社団法人 岡山県公認心理師・臨床心理士協会 正会員 入会申込書

*下記の項目すべてにご記入ください

申込年月日 西暦 年 月 日

写真
(3×4 cm)

フリガナ
氏 名

印

生年月日 西暦 年 月 日 (男・女)

資格 (両方の資格をお持ちの方はどちらにもご記入ください。)

公認心理師 登録番号 登録年月 西暦 年 月

臨床心理士 登録番号 取得年月 西暦 年 月

その他の関連保有資格 (を入れてください。)

医師 教員 看護師 精神保健福祉士 言語聴覚士 作業療法士
 社会福祉士 特別支援教育士 臨床発達心理士 学校心理士 教育カウンセラー
 産業カウンセラー その他 ()

自宅住所 (〒)

電話

FAX

所属 (勤務先)

(常勤・非常勤)

所在地 (〒)

電話

FAX

携帯電話

e-mail

(変更があった場合は速やかに事務局にご連絡ください)

最終学歴

(大学・大学院)

(学部・研究科)

年

月

(卒業・修了)

臨床活動 (活動している領域を○で囲んでください。)

<職域> 医療・保健 福祉 教育 産業 司法・矯正 私設心理臨床 その他 ()

<対象> 乳幼児 児童 青年 成人 高齢者

郵便物送付先希望 (自宅 ・ 勤務先)

所属する (所属していた) 他都道府県公認心理師の職能団体又は他都道府県臨床心理士会 (有 ・ 無)

「有」の場合 (都道府県) 主たる都道府県 (岡山 ・ 他都道府県)

入会希望年度 < 当該年度 ・ 新年度 (4月1日始まり) >

※当協会についてどちらでお知りになりましたか?

< ・ 当協会ホームページ ・ すでに所属している団体からの案内 ・ 出身大学からの案内 ・ その他 () >

受理年月日 (事務局記入) 西暦 年 月 日 (処理完了日 月 日)

※公認心理師登録証または臨床心理士登録カードのコピーを同封、もしくは以下に貼付してください。