岡山県臨床心理士会入会申込書

申込年月日　平成　　年　　月　　日

写　真
(3×4 cm)

フリガナ
氏　名　　印

生年月日　昭和　　年　　月　　日（男・女）

資格番号　　取得年月　昭和・平成　　年　　月

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（できるだけご記入ください）

e-mail（できるだけご記入ください）

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　研究　司法　矯正
産業　私設心理臨床　その他（　　）
＜対象＞　乳幼児　児童　青年　成人　高齢者
＜内容＞　心理査定　心理面接
臨床心理学的訓練（SST、アサーション、言語行動訓練等）
臨床心理学的地域援助　臨床心理学的調査研究　その他（　　）

所属を希望する部会（希望する部会を○で囲んでください。複数可））
学校臨床心理士部会　被害者支援部会　子育て支援部会　エイズカウンセリング部会
高齢者支援部会　医療保健部会　産業領域部会　発達障害支援部会　児童福祉部会
＊承認後、ホームページの部会案内にある部会登録フォームから、部会員登録をしてください。

郵便物送付先希望（自宅・勤務先）

他に所属する（所属していた）都道府県臨床心理士会（有・無）
「有」の場合（　　都道府県）　主たる都道府県士会（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）＞

受理年月日（当会記入）　平成　　年　　月　　日（処理完了日　　月　　日）

臨床心理士資格登録証明書（カード）のコピー　貼付