

## 高知県臨床心理士会 入会申込書 ①/2

提出日                      年                      月                      日

私は、高知県臨床心理士会に入会を希望します。

フリガナ		臨床心理士 登録番号	
氏名			
生年月日 (和暦)	年                      月                      日	資格交付日 (和暦)	年                      月                      日
略歴 最終学歴・職歴など			

**【連絡先】**

自宅	住所：(〒                      -                      )		
	電話番号：		FAX番号：
	E-mail (注)：		
主たる所属先	所属名：		
	住所：(〒                      -                      )		
	電話番号：		FAX番号：
	E-mail (注)：		

**【お知らせ送付・送信先の指定】** どちらかに○をしてください。

通信物の送付先 (郵便物)	自宅住所                      ・                      所属先住所
通信物の送信先 (添付ファイルを含むお知らせ等のデータ)	自宅E-mail                      ・                      所属先E-mail

**記入上の留意点**

- ・すべての欄にご記入ください。ない場合は、「なし」と記入してください。
- ・(注)：E-mailには、事務局や所属部会より、研修会案内や所属部会からの連絡、緊急時の安否確認・協力要請などを送信することがあります。添付資料を含む容量の多いお知らせ等を送付することがありますので、可能な限りPCのアドレスを記入ください。

## 高知県臨床心理士会 入会申込書 ②/2

### 【会員名簿用情報】

当会では会員名簿を作成し、会員のみに公開しております。

この情報は、名簿作成および当会からの情報発信以外の目的では利用致しません。

記入上の留意点

- ・すべての欄にご記入ください。ない場合は、「なし」と記入してください。
- ・会員向けの配付名簿には、「氏名」「所属名」「所属部会」のみが公開されます。

項目	会員名簿用情報
フリガナ	
氏名	
所属名	
電話番号	(所属先または個人の電話番号)
E-mail アドレス	
所属学会	
業務対象者	<p>普段、どのような方を対象に業務に当たられていますか。該当するもの全てにチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>乳幼児 <input type="checkbox"/>児童 <input type="checkbox"/>思春期 <input type="checkbox"/>青年 <input type="checkbox"/>成人 <input type="checkbox"/>老年 <input type="checkbox"/>その他</p>
所属領域	<p>ご自身の所属について、該当するもの全てにチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>教育 <input type="checkbox"/>医療 <input type="checkbox"/>保健 <input type="checkbox"/>福祉 <input type="checkbox"/>司法 <input type="checkbox"/>矯正 <input type="checkbox"/>研究 <input type="checkbox"/>産業 <input type="checkbox"/>その他</p>
当会内での 所属希望部会	<p>所属を希望するもの全てにチェックしてください</p> <p><input type="checkbox"/>医療保健 <input type="checkbox"/>倫理 <input type="checkbox"/>事務局 <input type="checkbox"/>研修 <input type="checkbox"/>子育て支援 <input type="checkbox"/>産業 <input type="checkbox"/>S C <input type="checkbox"/>新人 <input type="checkbox"/>被害者支援(災害支援)</p> <p>★新入会の方で資格取得3年目までの方は、入会以降3年間新人部会に入っていただくことになっておりますので、該当の方は「新人」にチェックしてください。資格取得3年以上の方で、本県士会に新入会の方は、事務局までご相談ください。</p>

事務局記入欄	入会承認日	年	月	日	担当：
	名簿処理日	年	月	日	担当：
	連絡先処理日	年	月	日	担当：
	会計処理日	年	月	日	担当：