

年 月 日

# 入会申込書

茨城県臨床心理士会に入会を申し込みます。

(ふりがな)

氏名： 印

臨床心理士登録番号： 号

現住所：〒

Tel :

Fax :

e-mail:

勤務先 名称：

住所：〒

Tel :

Fax :

e-mail:

主な連絡先（郵送・メールが届きます。どちらかに を付けてください。）：

現住所 ・ 勤務先

登録希望専門部会（カッコに を付けてください。複数登録可。）

関連する勤務先などがありましたらお書き下さい

- |                       |   |
|-----------------------|---|
| ( ) 医療保健領域専門部会 .....  | { |
| ( ) HIV 専門部会 .....    | { |
| ( ) 子育て支援専門部会 .....   | { |
| ( ) 産業領域専門部会 .....    | { |
| ( ) 児童虐待専門部会 .....    | { |
| ( ) スクールカウンセラー専門部会 .. | { |
| ( ) 被害者支援専門部会 .....   | { |