

様式第5号（第7条関係）

一般社団法人神奈川県臨床心理士会 復会届

一般社団法人神奈川県臨床心理士会
会長 殿

私は一般社団法人神奈川県臨床心理士会に復会することを希望しますので、
復会届を提出いたします。

年 月 日

署名



ふりがな

氏名 _____ 男・女 準会員・正会員

（臨床心理士登録番号： _____）（公認心理師登録番号： _____）

自宅住所 〒 _____
表札とお名前が異なる場合は表札名もお書きください。（表札名： _____）

電話番号 _____

E-mail _____
携帯は可、Hotmailは不可

所属機関 _____

所属住所 〒 _____

電話番号 _____

復会する日 _____年 _____月 _____日
（復会届を提出する日より1ヶ月以降の日付としてください。）

連絡・送付先（どちらかを○で囲んでください）： 自宅 ・ 勤務先

復会理由：