

様式第1号（第2条関係）

一般社団法人神奈川県臨床心理士会 入会申込書（正会員用）

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の会員となることを希望しますので、  
正会員として入会を申し込みます。

年 月 日

署名： ⑩

ふりがな

氏名： \_\_\_\_\_ 男・女 19\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日生

（臨床心理士登録番号： \_\_\_\_\_） （公認心理師登録番号： \_\_\_\_\_）

自宅住所（必須）：〒 \_\_\_\_\_

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（必須）： \_\_\_\_\_ E-mail（必須）： \_\_\_\_\_

携帯は可、Hotmail は不可

所属機関： \_\_\_\_\_

所属住所：〒 \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

◆ 神奈川県内に在住でも在勤でもない方はご記入ください

（本会に入会を希望する理由： \_\_\_\_\_）

◆ 所属する職能領域（必ずどれかひとつを○で囲んでください）

産業 私設心理相談 福祉 司法・矯正 教育 医療・保健 被害者・被災者支援

\* 職能領域は現職に関わらずご自身が所属を希望する職能領域を選択ください。

◆ 副領域（ある場合は、どれかひとつを○で囲んでください）

産業 私設心理相談 福祉 司法・矯正 教育 医療・保健 被害者・被災者支援

◆ 連絡・送付先（どちらかを○で囲んでください）： 自宅・勤務先

◆ 他都道府県職能団体等からの転入会の場合、他都道府県職能団体等を退会してから1年以内  
である。（入会金は免除となります）： 該当する ・ 該当しない

【 同封する証明書について☑をつけてください 】

臨床心理士資格登録証明書（顔写真のついたカード）のコピー

公認心理師登録証のコピー

臨床心理士資格審査結果（合格）の通知書のコピー（但し、次年度の資格登録手続き中の方のみ）

他都道府県職能団体等の在籍証明書（他都道府県職能団体等からの転入会の方のみ）

ご注意 すでに準会員で、正会員へ移行される場合は正会員移行申込書をご使用ください。