

一般社団法人 神奈川県臨床心理士会 正会員移行申込書

一般社団法人 神奈川県臨床心理士会 会長 殿

私は、貴会の正会員に移行することを希望いたします。

※ 次の①～⑩欄に必要事項をご記入し、①欄に押印をお願いします。

年 月 日 提出

①	ふりがな			②	生年月日 (西暦)	年 月 日	
	氏名		㊟				
	(旧姓)						
③	臨床心理士登録番号			公認心理師登録番号			
④	郵送物送付先	自宅	勤務先	※ どちらかを○で囲んでください。			
⑤	自宅	住所	〒				
		電話番号					
		E-mail					
⑥	勤務先	名称					
		住所	〒				
		電話番号					
⑦ 神奈川県内に在住でも在勤でもない方は、本会に入会を希望する理由をご記入ください。							
本会に入会を希望する理由【 】							
⑧ 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) ※ 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。							
学校教育 / 医療保健 / 福祉 / 産業組織 / 司法 / 被害者・被災者支援 / 私設心理相談							
⑨ 副領域 (ある場合は、どれかひとつを○で囲んでください)							
学校教育 / 医療保健 / 福祉 / 産業組織 / 司法 / 被害者・被災者支援 / 私設心理相談							
⑩ 臨床心理士・公認心理師以外の資格の有無について							
有 (資格: ) ・ 無					※ どちらかを○で囲んでください。有の場合、その資格をご記入ください。		

\* 必要書類 \*

臨床心理士資格登録証明書 (カード) の写し・公認心理師資格登録証の写し (※両方の資格を取得されている方は、必ず両方の写しをご提出ください。 (次年度の資格登録手続き中の方は、資格審査結果 (合格) 通知書の写し)