

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、貴会の正会員となることを希望しますので入会を申し込みます。

※ 次の①～⑫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<br>(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）<br>※ 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 他都道府県の臨床心理士会もしくは公認心理師協会を退会してから1年以内である。                                                                                        |           |                                      |   |                   |              |   |                                     |   |
| 該当する ・ 該当しない                                                                                                                    |           | ※ どちらかを○で囲んでください。該当する場合、入会金は免除となります。 |   |                   |              |   |                                     |   |
| ⑪ 当会を任意退会後、3年を超えずに再入会である。                                                                                                       |           |                                      |   |                   |              |   |                                     |   |
| 該当する ・ 該当しない                                                                                                                    |           | ※ どちらかを○で囲んでください。該当する場合、入会金は免除となります。 |   |                   |              |   |                                     |   |
| ⑫ 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 *                                                                                                                     |           |                                      |   |                   |              |   |                                     |   |
| <input type="checkbox"/> 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） |           |                                      |   |                   |              |   |                                     |   |
| <input type="checkbox"/> ㊟で該当するに○をした方)在籍していた他都道府県の臨床心理士会もしくは公認心理師協会の在籍証明書                                                       |           |                                      |   |                   |              |   |                                     |   |
| (注) 準会員の方が、正会員へ移行する場合は「正会員移行申込書」をご使用ください。                                                                                       |           |                                      |   |                   |              |   |                                     |   |