

## 愛知県臨床心理士会入会申込書

臨床心理士登録番号	※資格登録証明書(IDカード)のコピーを添付してください									
申込日	西暦	20	年	月	日	入会希望年度	西暦	年度		
フリガナ			性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	西暦	年 月 日			
氏名						西暦	年 月 日			
所属/勤務先	名称					勤務形態	<input type="radio"/> 常勤 <input type="radio"/> 非常勤			
	〒						※省略せず市区町村から ご記入ください			
	電話				職名					
自宅住所	〒									
E-mail	電話番号	自宅				携帯				
	※事務作業の都合上アドレスはひとつでお願いします									
最終学歴	大学			学部		年卒				
	大学院			研究科		年修了				
職能領域	<input type="checkbox"/> A.福祉 <input type="checkbox"/> B.医療・保健 <input type="checkbox"/> C.教育 <input type="checkbox"/> D.司法 <input type="checkbox"/> E.産業 <input type="checkbox"/> F.私設 <input type="checkbox"/> G.大学・研究								※2領域選択可	
専門	<input type="checkbox"/> ア.臨床心理査定 <input type="checkbox"/> イ.臨床心理面接(心理療法) <input type="checkbox"/> ウ.臨床心理的地域援助 <input type="checkbox"/> エ.臨床心理的調査・研究								※複数選択可	

\*これは事務局保管用の原籍であり、以上のすべての項目を会員名簿に転載するものではありません。会員名簿の事項は追って連絡いたします。

事務局記入欄				
データ	配信	入金	発送	PW

### <提出方法>

1. 上記内容にご記入ください。
2. ご記入いただきましたら、下記書類を添えて、事務局まで郵送ください。
  - 1) 資格登録証明書（IDカード）のコピー
  - 2) 入会希望理由書 ※必要な場合  
次に該当される方は、入会する必要性を明示した入会希望理由書を文書にて提出して下さい。理事会で審議された後、ご登録となります。
    - 1 県外に居住地があるが、勤務地が県内にある等の理由により入会を希望される方
    - 2 県外に居住地があるが、近日中に県内在住または県内勤務になる方
  - 3) 退会証明書（直前所属会のもの）  
現在他県の臨床心理士会に所属されており当会へ転会という形で手続きをされる場合、直前所属県臨床心理士会の退会証明書をご提出いただきますと、当会の入会金は免除となります。（並行して入会される場合や、無所属の期間がある場合は対象ではありません）
3. 送付・問い合わせ先  
一般財団法人 愛知県臨床心理士会事務局  
〒460-0002 名古屋市中区丸の内3-17-29 丸の内 iaビル 2F  
TEL・FAX : 052-971-5564  
E-mail: office@asccp.jp

以上