

## 石川県臨床心理士会入会申込書

年 月 日

石川県臨床心理士会会長 殿

フ      リ      ガ      ナ

氏 名

[illegible]

注：＊が必須項目です。「資格登録番号」は取得された資格の登録番号をご入力ください。

申込書の情報は入会要件の確認および手続きについてのご連絡にのみ使用します。

当会では会員資格として、１）臨床心理士であること、もしくは、公認心理師資格登録者であること、２）原則として石川県内に居住地或いは職場があること、と定めております。勤務先と現住所が石川県でない場合は、備考欄にてご説明をお願いいたします。